



الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة

تقديم
إسماعيل سراج الدين

إعداد وتحرير
حسام بدرواي **محسن يوسف**

مكتبة الإسكندرية بيانات الفهرسة– أثناء – النشر (فان)

الشفافية و محاربة الفساد فى قطاع الصحة / تقديم إسماعيل سراج الدين؛ إعداد وتحرير حسام بدراوي، محسن يوسف. — الإسكندرية، مصر : مكتبة الإسكندرية، (٢٠٠٧)
ص. سم.
تدمك 978-977-6163-62-1

١. الرعاية الصحية -- مصر -- مؤتمرات. أ. بدراوي، حسام. ب. يوسف، محسن. ج. سراج الدين، إسماعيل، ١٩٤٤- د. منتدى الإصلاح العربي. هـ. مكتبة الإسكندرية.

ديوي — 362.10962 2007338441

ISBN 978-977-6163-62-1

رقم الإيداع ٢٠٠٧/٤١٦٦

الفهرس

مقدمـــة



مقدمة

ضمن أنشطة منتدى الإصلاح العربي بمكتبة الإسكندرية نظم التحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد* "أمل" ورشة عمل حول "الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة" على أساس أن قطاع الصحة، قطاع جوهري يمس حياة الملايين من المصريين، خاصة الفقراء منهم، وقد شارك في تنظيم هذه الورشة المجلس القومي لحقوق الإنسان الذي يهتم بهذه القضايا اهتمامًا خاصًا.بجانب مشاركة ممثلين لوزارة الصحة، والتأمين الصحي في مقدمتهم الدكتور حاتم الجبلي وزير الصحة، الذي تحدث بجرأة وصراحة عن المشاكل التي يواجهها في إصلاح قطاع الصحة، وما تم إنجازه وما يتبقى، وما يجب أن يشارك المجتمع المدني في تقويمه، كما شارك ممثلون لصناعة الدواء، ووزارة الاستثمار، ومؤسسات المجتمع المدني، وأعضاء من الهيئات التشريعية، وصحفيون وإعلاميون، وممثلون للقطاع الخاص والشباب.

وفى إطار من المصارحة والمكاشفة والتي تعد سبقا غير معهود خاصة من قبل قادة قطاع الخدمات الصحية والعاملين به تم الكشف عن آليات الفساد في هذا القطاع، والعوامل المهيئة له والمساعدة على نموه. وقد دارت الحوارات في الورشة بصورة موضوعية، اتسمت بالعمق والخصوبة، والقسوة في بعض الأحيان إدراكا من جميع المشاركين لخطورة الظاهرة وتأثيراتها المتشعبة والسلبية ليس فقط على مستوى جودة الخدمة الصحية ولكن وبالأساس على صحة المصريين جميعا ونتائج هذه السلبية على مجمل أوضاع الاقتصاد المصري.

تناولت الحوارات علاقة ظاهرة الفساد بانخفاض مستوى الرعاية الصحية نتيجة غياب الرقابة وضعف أخلاقيات آداب المهنة، وكذلك موضوع الفساد والهدر في الإنفاق العام في قطاع الصحة وخاصة بالنسبة للمعونات والمنح الأجنبية، ومدى الفساد في نظام هيئة التأمين الصحي، بالإضافة إلى الآثار الصحية المترتبة على فساد التطعيمات والأمصال.

---

* لقد تأسس هذا التحالف بناء على توصية من جميع المشتركين في المؤتمر الثالث للإصلاح العربي والذي عقد في مكتبة الإسكندرية في مارس ٢٠٠٦.

وعلى الرغم من أن بعض قضايا ووقائع الفساد التي تناولتها مناقشات الورشة تنظرها جهات التحقيق إلا أن المناقشات انصبت على كيفية تبنى حزمة من الإجراءات والسياسات والتشريعات التي تحول في المستقبل دون تكرار هذه الوقائع وتحاصر ظواهر الفساد تمهيدا لاستئصاله، ومن أبرز ما يقدمه هذا الكتاب بعض الشهادات الشخصية وخبرات العاملين والخبراء في القطاع الصحي إلى جانب وقائع الفساد التي تم الإعلان عنها وبعض المداخلات المكتوبة التي رصدت واقع استخدام المنح الأجنبية وأشكال الفساد المرتبطة بها.

وقد استطاعت المناقشات في الورشة التوصل إلى حزمة واضحة من الإجراءات التي تشكل في مجملها وعند تطبيقها آلية حازمة في مواجهة الفساد، خاصة وأن المناقشات تجاوزت في تحديدها لمفهوم الفساد أشكال الفساد المرتبطة بالتربح الشخصي عبر الاستيلاء على المال العام كما تجاوزته إلى الفساد المرتبط بهدر الموارد، وسوء استغلال السلطة، وتدني أخلاقيات المهنة، وتدهور مستوى الخدمة المقدمة للمواطنين، والأخطاء الطبية الناتجة عن انخفاض الكفاءة والتأهيل الطبي، والإهمال وغيرها من أشكال الفساد التي كثيرا ما تراوغ القانون وتفلت من عقابه.

ويعرض هذا الكتاب إلى بعض الإجراءات الكفيلة بحصار ظاهرة الفساد والحيلولة دون ظهورها في المستقبل والتي يتأكد منها أن مكافحة هذه الظاهرة تستلزم تكاتف واستنفار كل قوى المجتمع والدولة بمؤسساتها الرقابية والقضائية والإعلامية في متابعة تنفيذ القانون وكشف من ينتهكه. ويتعين أن تقوم منظمات المجتمع المدني بدورها في بناء الرقابة الشعبية والقيام بدور المدافع عن مستهلكي الخدمة الصحية وحقهم في الحصول عليها بالشكل الجيد ووفقا للمعايير المتعارف عليها وفى الوقت المناسب وبالتكلفة التي يستطيعون تحملها، ولا ينبغي أن نغفل أن للأفراد (كمواطنين) ودافعي ضرائب دور في سرعة الكشف عمن يمارس الفساد ويجعله حائلا بينهم وبين حصولهم على حقهم في الرعاية الصحية.

ولا يفوتني – في هذه المناسبة – من قبيل إحقاق الحق أن أثني على المشاركات الفنية التي قام بها عدد من أعضاء التحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد "أمل" تحت إشراف الدكتور حسام بدراوي مقرر التحالف أثناء المناقشات ومنهم الأستاذ ممدوح عبد الرازق، والأستاذ حسن عامر والدكتور أسامة راضى، والأستاذ عمرو الحينى، والدكتور محمد الجوادي الذين طرحوا أفكارا ورؤى في أوراق وأبحاث مرجعية ساعدت كثيرا في تشخيص الداء ومعرفة الدواء. كذلك يجب توجيه شكر خاص إلى كل من الدكتور سعيد اللاوندي والدكتور عماد صيام اللذين قاما بجهود كبيرة في إعداد هذا الكتاب.

وأخيرا وفى هذا الإطار يسعد مكتبة الإسكندرية من خلال منتدى الإصلاح العربي أن تتيح لمزيد من القراء والمهتمين بقضايا الوطن خلاصة الأفكار التي طرحت على مدار جلسات هذه الورشة من العمل المتواصل والدءوب حول قضية الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة. ولئن كنا نقدر تمامًا جميع الآراء الواردة في هذا الكتاب إلا أننا ننوه إلى أنها لا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر المكتبة أو منتدى الإصلاح العربي أو التحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد "أمل"، أو المجلس القومي لحقوق الإنسان، وإنما تعبر عن وجهة نظر أصحابها.

إسماعيـــــل سراج الدين

تقـــديم

(عرض لتقرير منظمة الشفافية الدولية ٢٠٠٦)



الفســاد في الصحــة*

ينفق العالم كل عام ما يزيد على ٣ تريليون دولار أمريكي على الخدمات الصحية ويتم تمويل معظمها بواسطة دافعي الضرائب. وتشكل هذه التدفقات المالية الهائلة هدفًا جذابًا لسوء الاستغلال. وهذا يعني أن هناك مخاطر كبيرة تحيط بهذه المصادر الثمينة وأنه يمكن استغلال الأموال التي تهدر بسبب الفساد لشراء الأدوية أو تجهيز المستشفيات بالمعدات الطبية أو توظيف العمالة الطبية التي تشتد الحاجة إليها.

إن تنوع الأنظمة الصحية في العالم، وتعدد الأطراف المعنية، وندرة حفظ السجلات في كثير من الدول، والتعقيدات والصعوبات المحيطة للتمييز بين الفساد وعدم الكفاءة والأخطاء الغير مقصودة، تعبر كلها عن الأمور التي تجعل تحديد التكاليف الإجمالية للفساد في هذا القطاع حول العالم مهمة صعبة. هذا ويعتبر نطاق الفساد في كل الدول الغنية والفقيرة على حد سواء نطاقًا واسعًا. ففي الولايات المتحدة الأمريكية – وهي أكثر الدول الصناعية إنفاقًا على الرعاية الصحية، حيث يتم إنفاق على هذه الرعاية ما يعادل ١٥,٣ بالمائة من إجمالي الناتج المحلي. وتقدر حجم الأموال التي تهدر نتيجة للدعم غير المستحق Overpayment في العالم بحوالي بالمائة من ميزانيات الدول، حتى من قبل أن تغادر تلك الأموال مقر الحكومة المركزية.

هذا ويحول الفساد دون وصول خدمات الرعاية الصحية إلى الأفراد، مما قد يترتب على ذلك من خطأ في وصف العلاجات. كما يؤدي الفساد في سلسلة المستحضرات الدوائية إلى نتائج قاتلة: وقد وُرد على لسان دورا أكونييلي، رئيس هيئة الغذاء والدواء بنيجيريا الحائزة على جائزة النزاهة التي تخصص سنويًا من قبل منظمة الشفافية الدولية المناهضة للفساد العالمي، أن "الغش في الأدوية؛ وهو نتيجة الفساد؛ يقتل بالجملة ويمكن لأي شخص الوقوع ضحية له". وقد كشفت الهيئة التي ترأسها أكونييلي عن حالات تم فيها استبدال مادة الأدرينالين

---

* عرض عن بعض جوانب تقرير منظمة الشفافية الدولية لعام ٢٠٠٦

التي تنقذ حياة الملايين بالماء، وكذلك المكونات النشطة التي يقوم المزوّرون بتخفيف تركيزها، مما يسهم في ظهور سلالات مقاومة للأدوية من أمراض الملاريا والسل والإيدز، والتي تعتبر أخطر الأمراض القاتلة في العالم.

ويتأثر الفقراء بدرجات متفاوتة من جراء الفساد في قطاع الصحة، حيث إنهم الأقل قدرة على تقديم الرشاوى الصغيرة مقابل الحصول على خدمات صحية من المفترض أنها تُقدّم مجانًا، أو الدفع مقابل الحصول على الخدمات الخاصة وحيث استنفد الفساد خدمات الصحة العامة. وتشير إحدى الدراسات التي تم إجراؤها حول نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية في الفلبين ووفقًا للتقارير أن ساعات الانتظار في العيادات العامة في المحليات الفقيرة ومتوسطة الدخل تزيد عن مثيلاتها في المناطق الغنية. كما أن ارتفاع عدد حالات الحرمان من الأمصال الوقائية يرتبط بمدى انتشار الفساد.

ويؤثر الفساد على السياسة الصحية وأولويات الإنفاق. وتوضح الأمثلة الواردة في تقرير الفساد العالمي للعام الحالي إلى استغلال المسئولين في كل من المكسيك وكينيا لسلطاتهم في تحويل الموارد المالية إلى المشروعات "ذات الأفضلية"، بغض النظر عما إذا كانت تلك المشروعات متفقة مع السياسة الصحية التي تم اعتمادها. وبالإضافة إلى ذلك توجد عوامل محفزة للتلاعب في المبالغ المدفوعة مقابل تقديم الخدمات؛ حيث يتقاضى مقدمو الرعاية أجورهم على أساس مبدأ الأجر مقابل الخدمة، والتي تحفزهم لتقديم خدمات غير ضرورية لزيادة دخلهم. وذلك لأنهم لو تقاضوا أجرهم "عن كل مريض"، لزاد ربحهم من خلال عدم تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.

إن الحد من الفساد من شأنه إعادة ضخ الأموال مرة أخرى إلى قطاع الخدمات الصحية وتشير التقارير والتي تمت منذ عام ١٩٩٩ والتي قامت بها وحدة مكافحة التزوير في الخدمات الصحية أنه وكنتيجة للقضاء على الفساد أمكن استرداد ما قيمته مائة وسبعون مليون جنيه إسترليني (٣٠٠ مليون دولار أمريكي) وأن حجم المكاسب المالية للخدمة الصحية الوطنية

والتي تشمل أيضًا استرداد الخسائر التي وقعت نتيجة للاحتيال، وتقليل حجم الخسائر بفضل تدخل جهاز مكافحة الاحتيال إلى أربعة أضعاف ذلك المبلغ؛ وهو ما يكفي لبناء عشرة مستشفيات جديدة.

وتعرّف منظمة الشفافية الدولية الفساد بأنه "سوء استغلال السلطة من أجل تحقيق مكاسب شخصية". وفي مجال الصحة، يشمل الفساد تقديم الرشاوى للمسئولين عن التنظيم والعاملين في مجال الطب، والتلاعب في بيانات تجارب الأدوية، والتلاعب في توزيع الأدوية والمستلزمات الطبية، والفساد في عمليات الشراء، والمبالغة في تقديم المستخلصات لشركات التأمين. هذا ولا يقتصر الفساد على سوء استغلال المسئولين لسلطاتهم، حيث إنه عادة ما تسند الأدوار الرئيسية في المجتمع إلى مؤسسات الرعاية الصحية في القطاع الخاص. هذا وعندما يقوم القائمون على شئون المستشفيات، أو شركات التأمين، أو الأطباء، أو شركات الأدوية بالتكسُّب بطرق غير مشروعة، فإنهم لا يقومون باستغلال مناصبهم بشكل رسمي، بل يقومون بسوء استغلال سلطاتهم ونهب الموارد الثمينة اللازمة لتحسين الصحة.

ما الذي يجعل قطاع الصحة عرضة لممارسات الفساد؟

تسهم عدد من الخصائص في جعل جميع أنظمة الرعاية الصحية عرضة لممارسات الفساد؛ سواءً كانت تابعة للأنظمة الحكومية أو الخاصة، أو سواءً كانت في الدول الغنية أو الفقيرة وتتعلق بما يلي:

- انتشار ظاهرة نقص المعلومات في الأنظمة الصحية: حيث يعرف خبراء الصحة معلومات عن الأمراض أكثر من المعلومات التي يعرفونها عن المرضى؛ كما يتوافر لدى الشركات المسئولة عن الأدوية والأجهزة الطبية معلومات عن منتجاتها أكثر مما يتوفر للمسئولين عن اتخاذ القرارات الخاصة بالإنفاق. إن إتاحة المعلومات من شأنها أن تساعد على خفض حجم الخسائر الناجمة عن ممارسات الفساد. وقد أظهرت إحدى

الدراسات التي أجريت في الأرجنتين عن الفروق في أسعار المستلزمات الطبية في المستشفيات والتي انخفضت بنسبة ٥٠ بالمائة، بعد قيام وزارة الصحة بنشر المعلومات عن حجم ما تتكبده المستشفيات من نفقات مقابل تلك المستلزمات.

- تشكل حالة عدم التيقن في أسواق الرعاية الصحية وخاصة فيما يتعلق بعدم المعرفة عن من هم الذين يمكن أن يصابوا بالمرض ومتى سيأتي المرض، وما هي الأمراض التي قد تصيب الإنسان، وما مدى فعالية العلاج المتاح حيث يمثِّل كل ذلك تحديًا آخر أمام صانعي القرار. وذلك لأنها تشكل صعوبة في عملية إدارة الموارد بما في ذلك قرارات اختيار خدمات الرعاية الصحية ومراقبتها وقياسها وطرق توصيلها، وكذلك وضع الخطط للتأمين الصحي. هذا وتزيد فرص ظهور ممارسات الفساد في الحالات الإنسانية الطارئة، والتي يتطلب فيها ضرورة تقديم الرعاية الطبية العاجلة والتي يتم أثناءها تجاهل كل الأنظمة الموضوعة.

- الأنظمة الصحية في غاية التعقيد، وخاصة بالنسبة للعدد الهائل من الأطراف المعنية ويزيد من هذه التعقيدات الصعوبات التي تحول دون إنتاج المعلومات وتحليلها ودعم الشفافية ورصد الفساد ومكافحته. كما أن العلاقة بين منتجي المستلزمات الطبية ومقدمي خدمات الرعاية الطبية وصانعي القرار عادة ما تكون غير واضحة وبعيدة عن الشفافية؛ والتي في الغالب تتسبب في ظهور تشوه وأوجه خلل في السياسة الصحية والتي تعود بالضرر على الصحة العامة.

أنماط الفساد في قطاع الصحة:

يتعرض المراقبون والمنظمون ومتحملوا النفقات ومقدمو خدمات الرعاية الصحية، والموردون والمستهلكون، لمجموعة مركبة من المحفزات والتي قد تؤدي إلى الفساد. وفيما يلي أنماط الفساد المختلفة في قطاع الصحة:

- الاختلاس والسرقة من الميزانية المخصصة للرعاية الصحية أو الموارد الناشئة عن رسوم الخدمات الصحية. والتي يمكن أن تحدث على كل من مستوى الحكومة المركزية، أو المحلية، أو عند تخصيص الموارد لسلطة أو مركز معين في قطاع الصحة. كذلك يمكن سرقة الأدوية والمستلزمات الطبية أو الأجهزة والمعدات بهدف الاستخدام الشخصي أو بغرض استخدامها لتحقيق مكاسب مادية أو إعادة بيعها.

- ممارسات الفساد في عملية الشراء والتورط في المؤامرات والرشاوى والإتاوات الخاصة بنتائج الشراء، والتي يتم فيها الدفع بأكثر مما هو مطلوب مقابل البضائع والخدمات المتعاقد عليها، أو في حالات عدم تطبيق المعايير التعاقدية الخاصة بالجودة. بالإضافة إلى أن الإنفاق في المستشفيات والتي قد يشتمل على استثمارات ضخمة للتشييد والمباني وشراء التكنولوجيا عالية التكلفة، وكلها تعتبر من أكثر المجالات الشرائية والتي تكون عرضة لممارسات الفساد.

- الفساد في أنظمة الدفع. وتشمل الممارسات المتعلقة بإعفاء مرضى بعينهم من الرسوم، أو التزوير في المستندات الخاصة بالتأمين الصحي لبعض المرضى، أو استغلال ميزانيات المستشفيات لخدمة مصالح أشخاص بعينهم، والمطالبات غير القانونية من شركات التأمين، أو الحكومة، أو المرضى، لدفع رسوم بشكل مقابل خدمات لا تندرج تحت بنود التأمين أو خدمات لم يتم تقديمها في الأساس، وذلك تحقيقًا لمكاسب مادية أكبر، وتزوير السجلات الخاصة بالفواتير، أو سجلات الاستلام،

أو سجلات المستفيدين، أو إضافة مرضى "غير موجودين". هذا ومن أشكال الفساد الأخرى والمتعلقة بنظم الدفع: نجد عقد صفقات مع الأطباء عن طريق تقديم الحوافز المالية أو دفع الرشاوى مقابل الإحالات referrals، وقيام بعض الأطباء بتحويل مرضى المستشفيات العامة إلى عياداتهم الخاصة، وتقديم الخدمات الطبية دون وجود ضرورة لذلك بهدف زيادة الرسوم.

- ممارسات الفساد في الإمدادات الخاصة بالمستحضرات الدوائية. حيث يمكن التلاعب في منتجات الأدوية أو سرقتها عند مراحل عديدة ومنها أثناء نظام التوزيع؛ أو قيام بعض المسئولين بطلب دفع رسوم مقابل اعتمادهم لبعض المنتجات، أو تقديم تسهيلات للإفراج الجمركي، أو تحديد الأسعار، ومخالفة قواعد الممارسات التسويقية للمنتجات والتي تؤثر على أنماط وصف الأدوية من قبل العاملين في مجال الطب، ومطالبة موردي الأدوية بتقديم خدمات كشرط لوصف أدويتهم للمرضى، والسماح بتداول الأدوية المغشوشة أو التي لا تتفق والمعايير الموضوعة.

- ممارسات الفساد في الأماكن التي يتم فيها تقديم الخدمات الصحية. والتي يمكن أن تتخذ أشكالا مختلفة مثل الابتزاز أو قبول المبالغ المالية بشكل غير رسمي ودون وجه حق مقابل الخدمات التي من المفترض أنها تقدم مجانًا.

- وكذلك المطالبة بدفع مبالغ مالية مقابل الحصول على امتيازات أو معاملات خاصة، والابتزاز، أو قبول الرشاوى للتأثير على قرارات التعيين، أو قرارات اعتماد المرافق التي تقدّم الخدمات الصحية والتراخيص الخاصة بمزاولة العمل.

حسام بدراوي

الفصـل الأول

انخفاض مستوى الرعاية الصحية

(غياب الرقابة وضعف أخلاقيات المهنة)



يُعد تناول ظاهرة الفساد مؤشرا سياسيا ايجابياً لمسار عملية التطور الديمقراطي في مصر، إذ لا يمكن الحديث عن ديمقراطية أو إصلاح حقيقي بدون التناول الجريء لنواحي القصور التي يعاني منها مجتمعنا ومواجهتها وفى مقدمتها مشكلة الفساد.خاصة أن موضوع الفساد أصبح يمثل مشكلة في المجتمع المصري، وتبدو أهمية هذه الورشة التي تناقش "الفساد في قطاع الصحة في مصر" إن المبادر إلى تنظيمها هو قطاع الصحة ذاته وعدد من كبار الأطباء العاملين بمؤسساته المختلفة ، وهي من الأمور التي تُحسب لهذا القطاع، إلا أن الحديث عن الفساد في قطاع معين لا يجب أن يجعلنا نغفل عن أن خطورة الفساد في مصر في اللحظة الراهنة، والذي أصبح إلى حد كبير فسادا مؤسسيا، بمعنى أن ممارسات الفساد أصبحت شرطا أساسيا للأداء العادي للنظام ولقطاعات كبيرة من المجتمع بل هو شرط للاستقرار*. وهذا هو الجانب الأكثر خطورة في ظاهرة للفساد، ولتوضيح هذه الفكرة يجب أن نلقي نظرة على العديد من الممارسات التي يمارسها معظم المصريين يوميا، فالفساد في معناه البسيط يرتبط بانتهاك القانون وعدم احترامه، فمثلا ملايين المصريين يستخدمون سيارات الأجرة في القاهرة وعلى امتداد محافظات مصر، وسيارات الأجرة لها تعريفة محددة لكن عند استخدامنا لها الآن لا يدفع أحد منا هذه التعريفة المحددة، وهو ما يُعد انتهاكا للقانون لأن تعريفة سيارات الأجرة محددة بالقانون، ومن لا يلتزم بها من الناحية القانونية يعرض نفسه للمساءلة، لكن هذا لا يحدث، وإذا تصورنا أن المصريين قرروا جميعا في يوم واحد التعامل مع سائقي الأجرة وفقا للقانون فإن هذا معناه حدوث ثورة ستوقف استخدام سيارات الأجرة، إذن، هناك خطأ

* إن علاج الفساد في قطاع الصحة هو رهن بعلاج الفساد في الحكومة بشكل عام، والأمر الثاني الذي لا يشار إليه دائما هو أن الفساد في قطاع الصحة بالتحديد أوضح الشراكات بين الحكومة والقطاع الخاص وهو أمر لابد من الإشارة إليه، كما أن قطاع الصحة هو أكبر قطاع في مصر يفتقد إلى مواثيق خدمة المواطنين، لا أحد يعرف ما الخدمة وحتى إن وجدت فهي غير معلنة، وحتى إذا وجدت ومعلنة فهي غامضة بطريقة تفتح كل باب للفساد. والأمر الآخر أنه لا توجد أية آلية للشكوى يتقدم بها المواطنون، وبالتالي كل مريض يتوقع أنه إذا ما شكا فإنه سيتم البطش به وسينتهي به الأمر إلى مآل الموتى. وأتمنى أن تقوم الحكومة بتطبيق قانون مثل الموجود في بريطانيا وهو قانون" الإفشاء من أجل المصلحة العامة" وهو الفانون المتعلق بتشجيع الموظفين داخل القطاعات الحكومية على الإبلاغ عن حالات الفساد.

ما فانتظام حال الناس يوميا يتطلب التغاضي عن انتهاك القانون وهو ما يمكن ان نطلق عليه (تواطؤ مجتمعي)، وهذا أسوأ وضع ممكن أن تصل إليه ظاهرة الفساد في أي مجتمع بمعنى أن تصبح شرطا لسيولة ولتسيير الحياة، وهو وضع ينذر بالخطر وبالقلق.

غياب الرقابة وضعف أخلاقيات المهنة

عند الحديث عن موضوع الفساد في قطاع الصحة يجب الإشارة إلى أن أبرز أشكاله هو الفساد المرتبط بتدهور أخلاقيات المهنة وعدم احترامها، وهو ما لا يرتبط بمهنة الطب فقط، رغم أن المصريين في مرحلة معينة من تطورهم التاريخي كانوا أكثر وعيا بهذه المسألة، وكان أبناء المهنة أنفسهم هم الذين يقومون على حماية هذه الأخلاقيات والآداب، وذلك لأنه عندما يحدث أن تضعف غيرة أبناء المهنة على سمعة مهنتهم ويتهاونون في تطبيق آدابها تبدأ بعض التغيرات للفساد وتبدأ الكارثة. ولذلك يجب التأكيد أن هذا الشكل من أشكال الفساد لا يرتبط فقط بنقص الموارد، وهو الواقع الذي يشير إليه قطاع الخدمات الصحية، فعندما تم إنشاء ١٢٥ مستشفى مركزي في عواصم المراكز والمحافظات في مصر في الستينيات بالإضافة إلى أكثر من ألف وحدة ريفية، اعتبرت منظمة الصحة العالمية هذا الإنجاز ثورة خطيرة ونموذج محترم ومثير للتأمل. وفي عام ١٩٨٢ أشارت دراسة لصندوق النقد الدولي إلى أن لدى مصر جهازا صحيا ممتازا (تكوينا) ومنهارًا (وظيفيا) بمعنى أنها تمتلك بنية تحتية لجهاز الخدمة الصحية موزع على جميع أنحاء القطر ويصل إلى جميع القرى وكل المراكز مما سيمنع مثلا موت سيدة أثناء الولادة أو موت مواطن بسبب زائدة دودية منفجرة أو انسداد في الأمعاء نظرا لأن أبعد حجرة عمليات بها طبيب تخدير وأخصائي موجودة في المركز وقريبة بدرجة كافية من المريض وهو نموذج لم يكن شائعا في العالم الثالث. والسؤال المطروح هو ما الذي جعل هذا الهيكل الضخم والذي يمثل حتى الآن أصول مهمة في مصر ينهار وظيفيا إلى درجة لا يمكن القبول بها، والى تدنى الخدمة إلى درجة غير مسبوقة خاصة في المناطق الريفية؟

أنواع الفساد

إن ملاحظة ودراسة الأوضاع خارج نطاق الوحدات الصحية الريفية يوضح أن هناك إشكالا أخرى من الفساد المرتبط بتدهور مستوى الخدمة والرعاية الصحية ومن أبرزها ما يتعلق بالتحاليل الطبية، والتي تشكل تحديا في قطاع الصحة، حيث تشير التقارير إلى أنه إذا أقدم شخص على إجراء تحليل في ثلاثة معامل في وقت واحد فمن الممكن أن تكون نتائج المعامل الثلاث متضاربة نتيجة فساد المواد الكيمائية المستخدمة في التحليل أو انخفاض كفاءة معدات وأجهزة التحليل أو تدنى مهارة القائمين بالتحليل، أو استخدم اختبارات غير دقيقة في نتائجها.

كذلك نجد الفساد المصاحب لعملية إصدار ترخيص العيادات والمستشفيات، واستخدام الرشوة في حالة عدم توفر الشروط المطلوبة والتي يتم التحايل عليها إلى درجة تأجير الأدوات اللازمة للترخيص من بعض الشركات حتى يتم الحصول على الترخيص، وهى حالات فساد تشارك فيها جهات القطاع الخاص وبعض الجهات الأخرى من وزارة الصحة هذا بالإضافة إلى أن استيراد بعض الأجهزة الطبية المستعملة من الخارج والتي قد يتسبب عنها نشر كثير من الأمراض كما أنها في بعض الأحوال منخفضة الكفاءة.

وتشكل سوء تخصيص الموارد المتاحة في الميزانية العامة الموجهة لقطاع الصحة، نموذج آخر من الإهدار ولعل من أبرزها تخصيص ١٠ ملايين جنيه كموازنة للتدريب لرفع مستوى الأطباء بوزارة الصحة والتي تم استخدامها في إنشاء محطة تليفزيون، والذي كانت تكاليف العمالة فيه عالية جدا. هذا بالإضافة إلى الإشكاليات المتعلقة بقضية تدريب الأطباء وسوء استخدام الموارد المتاحة، سواء من ناحية التكاليف العالية جدا والمصاحبة للإنشاءات في مراكز التدريب والتي لا تتناسب مع ما يجب توفيره من أدوات ومعامل ومستلزمات تعتبر أساسية في عملية التدريب ويتم تجاهلها. وكل ما سبق الإشارة إليه تعتبر من مظاهر شيوع

الفساد والتي تسهم بشكل مباشر في الإهدار وعدم الارتقاء بقطاع الصحة وتحسين مستوى الخدمات فيه:

هذا وقد قامت الحكومات المصرية المتعاقبة بإنشاء المستشفيات الإقليمية والوحدات الصحية الريفية عالية المستوى، وبتحديث وتطوير القائم منها، لمواجهة الطلب المتزايد على الخدمات الطبية من جموع المرضى والمواطنين. وتمنح الأطباء العاملين بالقطاع الريفي حوافز غير مسبوقة وصلت إلى حوالي ٣٥٠ ٪ من جملة رواتبهم الشهرية الأساسية، اعتبارا من ١ أبريل ٢٠٠٦، بخلاف الراتب ومكافأة تأمين صحي شهري ونصيب في صندوق تحسين الخدمات، بالإضافة إلى حصولهم على ٥٠٪ من ناتج العلاج الاقتصادي بالوحدة بعد مواعيد العمل الرسمية، مما يصل بمتوسط مرتّباتهم الشهرية إلى مبلغ يتراوح ما بين الألفين إلى الأربعة آلاف جنيه، حسب حجم العمل وقدر الموارد المتاحة في الوحدة الصحية. إلى جانب منح حوافز إضافية كبيرة للفئات الأخرى مثل الممرضين والمراقبين الصحيين وفنيي العمل (باستثناء الإداريين والعمال). ورغم إقرار الدولة بالخدمات الصحية المجانية بالوحدات الصحية واعتبار ذلك من سياساتها الاجتماعية الأساسية، إلا أن الفساد والإفساد في منظومة الصحة والرعاية أصبح من الظواهر السلبية والذي يجب مواجهته كضرورة تقوميه لتعديل مساره.

تشخيص دقيق لأسباب الفساد:

بالرغم من كل ما قدمته الدولة لقطاع الصحة من دعم واهتمام ظلت مستويات الخدمة الممنوحة للمواطنين لا ترقى إلى مستوى معايير الصحة المنشودة، ويظل أداء الأطباء والممرضين والمراقبين الصحيين في احتياج إلى ضمان جودة واعتماد، وظلت الوحدات الصحية في الأرياف والمناطق النائية عاجزة عن توفير خدماتها المجانية الجيدة، و تحولت إلى خدمات مدفوعة الأجر وفي بعض الأحيان غير لائقة أيضا، ولا تذهب عوائدها لخزينة الدولة، ولكن يستفيد بها بعض القائمين عليها، وهو ما أصبح معه المواطن - الذي يوفر لنفسه قوت يومه

بالكاد – هو الضحية في نهاية المطاف. ولذلك يجب التوقف عند أسباب شيوع هذه الحالة من الفساد المرتبط بتدهور مستوى الخدمة والسعي لتفسيرها والتعرف على جذورها حتى يمكن وضع حزمة فاعلة من الحلول.

وبالطبع تتنوع الأسباب والتي تتراوح ما بين ما يتعلق بنمط الإدارة في قطاع الصحة والتي لا تفصل بين ممول الخدمة الصحية ومقدمها وبين من يراقب جودتها. بالإضافة إلى التسلط البيروقراطي الذي يمكن أن يحوّل الموظف أو العامل بجهاز الخدمة الصحية إلى التحقيق إذا تحدث إلى الرأي العام من خلال الصحافة عن تقصير أو فساد أو حتى مخالفات مرتبطة بمستوى جودة الخدمة الصحية، بحجة انه أفشى أسرار عمله. كما أن موضوع عدم صيانة المباني أو البنية الأساسية أو الأجهزة والمعدات والتي يتم شراؤها بملايين الجنيهات وتتوقف عن العمل بسبب عطل بسيط ناتج عن عدم وجود صيانة. وذلك مع وجود المشكلات الإدارية والبيروقراطية المتوارثة، والتي تدعم ممارسات الفساد أو تهيئ لها المناخ، والتي تتعلق وترتبط بالهيكل الإداري في وزارة الصحة والموجود منذ ما قبل الثورة، والمسئول عن العديد من ممارسات الفساد. هذا ويشكل انخفاض الدخول والمرتبات عن احتياجات الأطباء والفريق الطبي عقبة كبرى مما يدفعهم للبحث عن سبل أخرى لتحقيق دخل إضافي، خاصة أن هناك ثقافة عامة تُعلي من شأن المادة مما يؤدي إلى تبرير بعض السلوكيات الانتهازية التي أصبحت بمثابة عرف عام ومقبول عند البعض.

إن غياب الشفافية في القواعد والنظم التي تحدد علاقة تشخيص المرض بصرف الأدوية، وإمكانيات المعدات المستخدمة سواء أشعة أو معامل والمراجعة الطبية التي تمنع تكرار استخدام الأجهزة التشخيصية دون حاجة أو صرف أدوية لا يحتاجها المريض أو أعادة إدخال المريض إلى المستشفى أكثر من مرة لعدم فاعلية العلاج وهي من الأمور التي تؤدي إلى إهدار المال العام بصرف النظر إن كان ذلك يتم عن طريق القصد أو غير القصد. والذي يرتبط بشكل أو بآخر بضعف مستوى تدريب وتأهيل العاملين بالمؤسسات الصحية ومقاومة أصحاب المصلحة

من المستفيدين من بقاء الأمور على ما هي عليه. هذا مع العلم أن اتساع نطاق الشراكة أو التعامل بين الحكومة ومؤسساتها الصحية والقطاع الخاص الذي يقدم التجهيزات والأدوات الطبية والأدوية والمستهلكات الطبية بجانب أعمال المقاولات للمنشئات الصحية والتي تشمل موازنات تقدر قيمتها بملايين الجنيهات تساعد هي الأخرى على تهيئة مجال واسع للتلاعب والفساد إذا لم يتم التعامل معها وتنظيمها من خلال إجراءات شفافة وخاضعة للرقابة.

تساؤلات مشروعة.. ومطلوبة:

تعد المظاهر والأسباب المتعددة لأشكال الفساد في الوحدات الصحية الريفية وباقي قطاعات الرعاية الصحية من أكبر المهام لتحقيق الإصلاح في هذا القطاع والذي يستلزم البحث عن أسبابها في محاول لوضع الحلول لها وتتعلق معظمها ببعض المشاكل ومنها الطموحات المادية لبعض الفئات من العاملين في قطاع الصحة وبعضها الآخر يرتبط بنمط الإدارة والرقابة والمتابعة أو غياب الآليات المطلوبة لضمان الجودة ووضوح معايير الخدمة الصحية الجيدة أم كل هذه المشاكل ترتبط أيضا بمنظومة القيم والمبادئ والأخلاقيات التي تحكم المجتمع كله.

إن البحث عن إجابات لهذه التساؤلات قد يسهم في التعامل مع الفساد والتي لا يجب أن يتأخر أكثر من ذلك، ولعله ومن قبيل محاولة تحليل أسباب الفساد خاصة في الوحدات الصحية بالريف يجب ان نرصد العديد من العوامل التي تهيئ المناخ الداعم للفساد ومن أبرز تلك العوامل، وتواضع مستويات دخل المواطنين على وجه العموم وانتشار الفقر بين قطاعات واسعة منهم، وارتفاع نسب الأمية والتي تصل إلى أكثر من ٤٠٪ في بعض محافظات مصر. بالإضافة إلى الشك والتوجس من أي شيء رسمي أو حكومي وبالتالي استحلال كل ما هو

عام أو ملك الدولة وذلك في العقل الباطن للمواطن الريفي الذي في معظم الأحوال ينغلق وينعزل عن باقي العالم في الريف.

ويشير هذا التحليل إلى أننا أمام ظاهرة مركبة من حيث الأسباب تتحمل مسئوليتها الدولة، والقانون، ومؤسسات الرقابة، وثقافة المجتمع، وهو تحليل يسهم في تحديد أشكال مواجهة الفساد ومسئولية كل طرف بشكل أكثر دقة، فالمجتمع المصري يمتلك التشريعات والقوانين واجبة التطبيق والتي يجب أن تحترم بشكل صارم، كما توجد وتتعدد المؤسسات الرقابية مثل الرقابة الإدارية ومباحث الأموال العامة والتي من سلطتها الإحالة إلى جهات التحقيق ثم القضاء المصري، ومعنى ذلك أن هناك مجموعة من الآليات التي يمكن بتفعيلها مكافحة الفساد، وخاصة أن مصر شاركت بوفد كبير ضم خبراء من الرقابة الإدارية ووزارة العدل ووزارة الخارجية ووزارة الداخلية في المفاوضات الخاصة باتفاقية مكافحة الفساد والتي تم التصديق عليها وأصبحت جزءًا من النظام القانوني المصري، ومعنى ذلك أن مصر تمتلك قدرا من الخبرة في موضوع مكافحة الفساد وهو ما يفرض ضرورة التحلي بأقصى درجات اليقظة وأقصى درجات الحذر في التعامل مع هذه الظاهرة بما لا يخالف نصوص الدستور المصري أو بنود اتفاقية مكافحة الفساد.

وبعبارة أخرى يعتبر الفساد ظاهرة معقدة ومتنوعة وتتسم ممارسته بالمراوغة والتخفي، فقد أصبح الفساد الآن فسادا ذكيا وماكرا. بل إنه تخطى الحدود القومية وأصبح ذا طابع دولي عابر للقوميات كما يحدث في مجال الأدوية على سبيل المثال، وهذا يعني أن ما يتم في مصر في مجال مكافحة الفساد يجب أن يتم التنسيق فيه مع التوجه الدولي وذلك بغرض الاستفادة من الخبرة الدولية في التطبيق المحلي.

كيف نواجه الفساد*؟

رغم الصراحة والقسوة، التي تناول بها الحوار قضية الفساد في قطاع الصحة والمرتبط بتدهور وتدني مستوى الخدمة، إلا أن إدراك الظاهرة وضرورة مواجهتها هو بيت الداء، فهناك بالفعل العديد من قضايا الفساد التي أحالها وزير الصحة إلى النيابة، كما أن هناك العديد من القرارات التي أصدرها وتستهدف محاصرة الفساد في قطاع الصحة ومواجهته، إلا انه يجب الاعتراف بأن هناك نقصا معرفيا وعلميا دقيقا يقيس حجم مظاهر وممارسات الفساد التي رصدتها الشهادات والآراء المتنوعة التي أثيرت أثناء الحوار.

وتعتبر هذه القاعدة المعلوماتية ضرورية وهامة ليست فقط حتى لا نلجأ إلى التعميم والتهوين أو التضخيم من حجم الظاهرة، ولكن أيضا تكمن أهميتها في تحديد أشكال المواجهة والأهداف التي يجب أن نركز عليها جهودنا لحصار هذه الظاهرة والقضاء عليها.

إن فكرة اجترار المعلومات في وصف المشكلة أصبحت في حد ذاتها جزءا من المشكلة وأحد مظاهرها لأن المشكلة أصبحت جزءا من عقولنا، وهو ما يدفعنا إلى تكرار نفس الكلام الذي ربما لا يسهم كثيرا في حل المشكلة، إن وجود الدراسات العلمية تعتبر مهمة للمساعدة في وضع تفاصيل حزمة السياسات والإجراءات التي تتعامل مع قضية الفساد على المدى القصير أو الطويل، حيث لا يكفي القبض على الفاسدين ولكن يجب أيضا تهيئة المناخ والشروط التي تحول دون ظهور الفساد في المستقبل، إلا أن غياب تلك القاعدة المعلوماتية الدقيقة لا يمنع من رصد الملامح العامة للجهود والسياسات والإجراءات التي يجب أن تتم

* إن القضية الأساسية هو أننا في مأزق، فالخدمات الصحية غير جيدة، ولا يحصل الناس على حقهم الطبيعي في الرعاية الصحية بجودة عالية، ومؤسسات الرعاية الصحية سواء المؤسسات الأولى أو الثانية أو الثالثة لا تعمل بشكل جيد، الناس مستاءة، وفى النهاية يدفعون من جيوبهم ٦٠٪ من تكلفة العلاج، إننا ندعي أن هناك علاج مجاني والكل يدفع من جيبه، وندعي أن هناك تعليم مجاني والكل يدفع من جيبه، علينا أن نواجه الواقع والواقع معناه اختيار، والاختيار معناه أنه سيكون هناك جهة أو أكثر لن يعجبها هذا الاختيار، لكن لابد أن تكون لدينا خطوة إلى الأمام وإلا فسنظل في حلقات لا تنتهي.

في إطارها خطط مكافحة الفساد في قطاع الصحة والتي تدور حول أن بعض ممارسات الفساد تستعصى أحيانا على الملاحقة القانونية، حيث يوجد في القانون دائما منطقة رمادية بين المحظور وبين المباح، وهذه المنطقة يجيد الفساد بذكائه استخدامها، ولذلك من الضروري الدخول إلى هذه المنطقة الرمادية الواقعة على خط التماس بين ما هو محظور صراحة وبين ما هو غير محظور صراحة، وهو ما يتطلب تحديثا للبنية التشريعية لكي تصبح أكثر ذكاء في مواجهة ظاهرة هي بدورها ظاهرة في غاية الذكاء، وهو التحديث الذي يجب أن يتعامل مع عدد من القضايا الهامة والتي يمكن الإشارة إليها فيما يلي:

١- مواجهة مسألة تضارب المصالح، فمن أكثر الأسباب التي تشجع على الفساد وجود تعارض في المصالح، إذ لا يصح أن لا يكون في مصر حتى الآن قوانين تمنع تعارض المصالح. حيث يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال أنه عندما يحتل أي شخص موقعا أو مسئولية عامة لابد أن تنقطع صلته بثروته وعليه أن يقوم بتحويلها إلى هيئة متخصصة لإدارتها، وهو الأمر الذي لا وجود له في مصر، وهى قضية يجب التعامل معها من خلال جهود تحديث البنية التشريعية. وأهمها شفافية استخدام القرار الإداري والمالي وخضوعة لسلطة الرقابة العامة والرقابة الشعبية.

٢- تحديث نظام الجزاء المطبق على جرائم الفساد وبحيث يتم تخصيص سياسة العقاب في جرائم الفساد، فالقانون المصري يضع على قدم المساواة كل صور الرشوة الكبيرة منها والصغيرة والتافهة، ومن هنا يجب تحديث هذا النظام العقابي كما في معظم تشريعات العالم بحيث لا تكون هناك تسعيرة عقابية واحدة تساوي بين من يرتشي بالمليارات ومن يرتشي بحفنة جنيهات.

٣- تحفيز الناس للإبلاغ عن جرائم الفساد. وتشير الخبرة الصينية في هذا المجال أن تحفيز المواطنين على الإبلاغ عن جرائم الفساد أدى -على مدى أربع سنوات فقط- إلى الحد من ممارسات الفساد بدرجة لم يكن يتخيلها أحد ولقد أصبح للمجتمع المدني الآن

دور معترف به في العالم كله في هذا المجال، إلا أن الحلقة الضعيفة هنا تتعلق بالكيفية التي يمكن أن نشجع المواطنين بها على الإبلاغ عن جرائم الفساد، وحيث يوجد عدد غير قليل من الأفراد ويؤثر السلامة لأنه لا يريد الدخول في أعشاش الدبابير، وهذه حلقة من الحلقات الضعيفة والتي يجب مواجهتها في المجتمع المصري. حيث يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال نظام لحماية كل من يتجنب الإبلاغ عن جرائم الفساد، من خلال برامج لحماية الشهود وحماية الخبراء باعتبار أن هؤلاء هم الفئة الأكثر ضعفا، وفى انجلترا يوجد قانون "الإفشاء من أجل المصلحة العامة" وهو القانون المتعلق بتشجيع الموظفين داخل القطاعات الحكومية على الإبلاغ عن حالات الفساد.

٤- إن خطاب مكافحة الفساد مهما كان نبله لا يجب أن يكون مدخلا إلى الافتئات على حقوق وحريات الأشخاص، حيث يوجد مبدأ يطلق عليه قرينة البراءة وأن كل متهم يعتبر بريئا وحتى تثبت إدانته في محاكمة عادلة من محكمة مشكّلة تشكيلا صحيحا وفقا للقانون الذي يوفر له كافة ضمانات الدفاع، الأمر الذي قد ينظر إلى هذا الموضع على اعتباره معادلة صعبة، فكيف نوفر بين ضرورات مكافحة الفساد وبين مقتضيات احترام حقوق وحريات الإنسان لكي لا تمتهن كرامة الأشخاص وتسوّء سمعتهم، مما يشكل تحديا على الصعيد القومي، والذي يزداد صعوبة بضرورة الحاجة إلى بناء آلية منجزة ومرنة في الكشف عن حقيقة وصحة الشكاوى أو الانتهاكات حتى لا يُهدر الوقت والجهد والأموال في بحث شكاوى كيدية ليس لها أساس من الصحة.

٥- يوجد في القانون ما يطلق عليه المسئولية الجنائية للكيانات المعنوية حيث ينص القانون المصري في الأصل أن المسئولية الجنائية مسئولية فردية، بمعنى أن يرتكب الفرد جريمة فيُساءل عليها، في الوقت الذي أصبحت فيه هناك شركات ومؤسسات وجمعيات وكيانات بلغة القانون لها شخصية معنوية وتمارس العديد من الممارسات المخالفة

للقانون، والسؤال هنا هو كيف السبيل إلى المزيد من توسيع دائرة المسئولية الجنائية للأشخاص الاعتبارية، فكم من الأفراد يفلتون من المساءلة القانونية ربما لأنه يتخفى وراء شخص اعتباري، خاصة وأن القانون المصري يعترف بالمسئولية الجنائية للشركات والأشخاص الاعتبارية في حدود معينة، لكنه لم يصل إلى الحد الكافي لتعميم هذه المسئولية، وهو ما يعني في النهاية أن ذلك يتطلب تحديثا تشريعيا.

٦- ضرورة الاهتمام بالتعاون القضائي الدولي في مجال مكافحة الفساد، خاصة أن هناك قضايا كثيرة يختلط فيها المحلي بالدولي حيث يبدأ أحيانا الفساد أو الإفساد من الخارج.

٧- تحديث المؤسسات والتشريعات الرقابية، حيث لا يمكن تصور احترام أي مجتمع في العالم للقانون من تلقاء نفسه، فلا توجد شعوب مثالية تحب القانون وشعوب ضعيفة تكره القانون، إن احترام الناس للقانون في أي مجتمع يعود في جزء كبير منه إلى صرامة الرقابة في تنفيذ القانون وإعماله والجدية في تطبيقه، وإذا شعر المواطن العادي في أي مكان من العالم حتى في أكثر المجتمعات تحضرا أن هناك تهاونا في تطبيق القانون فمن الممكن توقع انتهاك القانون ومخالفته، ولذلك فإن الرقابة والإصرار على تطبيق القانون يعتبر مسألة أساسية لضمان مواجهة الفساد. وهو ما يعني أيضا ضرورة تجريم أي استثناء في تطبيق القوانين، لأن استثناء أي شخص من القانون معناه رخصة للجميع بحقهم في انتهاك القانون.

٨- الأهم من هذا هو إعادة هيكلة النظام الصحي بحيث يتم مكافأة العاملين الصحيين والأطباء بأجور تليق بمستوى المعيشة حتى لا يقع البعض منهم في فخ ومصيدة ممارسة الفساد لزيادة الدخل – على أن يصحب ذلك تشديد رقابة الجودة والمحاسبة المهنية حتى لا يتم إهمال خدمات القطاع العام وتحويل الجهة إلى الممارسة في القطاع الخاص – وكذا تقوية الرقابة عل جدية الخدمات المقدمة والأجور التي يتم تحصيلها عنها.

التحديث الإداري:

هذا إلي جانب التحديث التشريعي والقانوني هناك تحديث آخر على درجة كبيرة من الأهمية لمواجهة ظاهرة الفساد في قطاع الصحة ويتعلق بالتحديث الإداري الذي ينظم العلاقة بين الأطراف والمؤسسات المشتركة في منظومة الرعاية الصحية في المجتمع ومن جهة أخرى تنظيم العلاقة بينهم وبين المواطنين المستهدفين بالخدمة، ويتعامل التحديث الإداري مع عدد من القضايا والتي يمكن الإشارة إليها فيما يلي:

١) تطوير وتعديل هيكل الأجور والمرتبات للعاملين بقطاع الصحة، لمواجهة انخفاض دخول الأطباء وفريق العمل الطبي. إن قضية علاج انخفاض الأجور والمرتبات يعتبر أحد أهم مداخل علاج قضية الفساد وتدهور مستوى الخدمة ولدى وزارة الصحة العديد من التجارب التي تؤكد ذلك ومن الأمثلة إنه بعد زيادة الحوافز والمرتبات والتي تمت مؤخراً، تم تكليف الرقابة الإدارية وهى جهة مستقلة عن وزارة الصحة بإعداد تقرير عن الأداء في الوحدات الريفية، حيث تمت المراجعة على ٦٥٠ وحدة ريفية، ووجدت الرقابة استمرار وجود الخلل في حوالي ١٣٣، وحدة ريفية وحدث تحسن ملحوظ في مستوى أداء أكثر من ٥٥٠ وحدة صحية، وهناك بعض الوحدات التي تقدم أداء متميزا مثل بعض وحدات طب الأسرة في المنوفية والبحيرة وأكثر من محافظة أخرى.

٢) ضرورة وجود مواثيق تحدد مستوى جودة الخدمة الطبية التي يجب أن يحصل عليها المواطن، وتكلفتها وكيفية حماية حقوق المواطن في حالة انتهاك هذه المواثيق. إن تطبيق معايير الجودة من أهم أساليب مكافحة الفساد، ولدى وزارة الصحة الكثير من الخبراء الذين تم تدريبهم وإعدادهم في هذا المجال وتحت إشراف خبرة أجنبية، وبالرغم من أن بعض المعايير تطبق حاليا على المستشفيات إلا أنها تعتبر غير كافية على الإطلاق.

٣) بناء ثقافة مجتمعية جديدة تجرم سلوكيات الفساد أو مخالفة القانون مثل اعتبار التهرب من الضرائب جريمة مخلة بالشرف، و هو ما يعتبر في حد ذاته رادعًا معنويًا للحد من ممارسات الفساد، ولذلك يجب الاهتمام بقضية التربية والتنشئة وأن يصبح كل إنسان رقيب على ذاته وسلوكه إلى جانب تمكينه من فهم حقوقه كمواطن ودعوته للتمسك بها. وهنا يظهر الدور الهام لمؤسسات المجتمع المدني في مجال مكافحة الفساد والتصدي له بإبلاغ النيابة العامة مباشرة وليس إلى أية جهة رقابية أخرى، إلى جانب الدور التربوي في مجال التوعية والدفاع عن حقوق المواطن.

٤) زيادة الموارد المخصصة لقطاع الصحة في الموازنة العامة للدولة والتي لا تتجاوز عشرة مليارات جنيه مصري، مع العلم أن هذة المخصصات لا تغطى إلا حوالي ٤٠٪ من الإنفاق الصحي بينما يتحمل المواطنون حوالي ٦٠٪ من تكلفة الرعاية الصحية في مصر وهو الأمر الذي يؤثر بالقطع على الفئات الأكثر فقرا في المجتمع.

هذه التوجهات في علاج الفساد في قطاع الصحة رغم تكاملها إلا أن نجاح جهود مكافحة الفساد في قطاع الصحة يظل رهنا بعلاج الفساد في القطاعات الحكومية الأخرى وهى جهود تتعدد مستويات المواجهة فيها مع تلك الظاهرة المدمرة بين مواجهة تشريعية وإدارية وسياسية.

الفصـل الثاني

الفساد والهدر في الإنفاق العام

(المعونات والمنح الأجنبية)



تشير الأرقام والإحصاءات إلي أن مصر تحتل المرتبة الأولى على مستوى العالم بين الدول التي حصلت على منح ومساعدات فنية وعينية، في خلال العقدين الماضيين، وقد وجهت تلك المنح والمساعدات إلى كل المجالات والقطاعات مثل الصحة والتعليم والري والزراعة والإنتاج الصناعي والعسكري والتنظيم والإدارة والتدريب والحكم المحلي والصناعات الصغيرة والمشروعات متناهية الصغر.

وتشير العديد من الأبحاث والدراسات إلى أن حجم هذه المنح والمساعدات وصل إلى ١٣٥ مليار دولار منذ ١٩٨٢. مضافا إليه ما تنازلت عنه الدول الدائنة طبقًا لمقررات نادي باريس، وهو ما يعني أن المجموع الكلي للمنح والتسهيلات التي حصلت عليها مصر يمكن أن يصل إلى ٢٠٠ مليار دولار*.

مصادر المساعدات

وقد تعددت مصادر المساعدات والمنح من بعض الدول مثل الولايات المتحدة والاتحاد الأوروبي واليابان وروسيا والصين والهند والدول الإسكندنافية. ومن مؤسسات تمويل دولية مثل البنك الدولي وصندوق النقد الدولي ومن منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية واليونيسيف، وبرنامج الغذاء العالمي والذي قدم مساعدات غذائية خصصت لمحافظات محددة منها سوهاج والوادي الجديد وسيناء، والتي حصلت مصر عليها ثلاث مرات، كما حصلت الحكومة المصرية على مساعدات ومنح من تكتلات دولية مثل السوق الأوربية ومن منظمات غير حكومية مثل الصليب الأحمر وكارتياس وآناليد وأطباء

* وفى تقرير للبنك الدولي يوضح أن ثلاثة أرباع مليار دولار أمريكي كانت متاحة لوزارة الصحة منها نسبة ٤٠٪ قروض من البنك الدولي توجه كلها إلى برنامج الإصلاح الصحي، و٣٤٠ مليون دولار من الوكالة الأمريكية، لكن لم يتم إنفاق هذه المبالغ الطائلة بشكل سليم، بل تم إنفاقها على المباني والأجهزة وعلى مستلزمات الضيافة وإقامة ورش العمل وبرامج التدريب الواهية. وجوهر النزاع يتمثل في إنشاء صندوق قومي للتامين الصحي الاجتماعي للمستور والميسور والمقهور على ألا يتم تحويل هذا المقهور من وزارة الصحة للذهاب إلى وزارة التضامن الاجتماعي بحيث يكون قد تحول من دائرة بيروقراطية إلى دائرة بيروقراطية أخرى.

بلا حدود وغيرها، بل وحصلت أيضا على مساعدات ومنح من بعض الجامعات ومؤسسات البحث العلمي في شكل منح دراسية وأدوية وتجهيزات طبية. بالإضافة إلى أن هناك منظمات وأفراد نجحوا في ترتيب أشكال مختلفة من التبرعات في شكل أدوية للأمراض المستعصية وتجهيزات للمستشفيات الجامعية وغير الجامعية. كما تبرع المصريون أنفسهم بأرصدة مالية غير محدودة للاستخدام في مجال الرعاية الصحية.

وتشير كل الدلائل على أن الحكومات المصرية تعاملت مع معظم المؤسسات الدولية وغير الدولية وحصلت منها على منح أو مساعدات و خاصة في قطاع الصحة الذي حظي باهتمام خاص من قِبَل الدول المانحة وبالتحديد من ثلاثة مصادر هي الاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة والمنظمات الدولية مثل منظمة الصحة العالمية، ومع ذلك فإن النتائج التي تحققت في هذا المجال تعتبر ضئيلة جدا، وهو ما يمكن استخلاصه على سبيل المثال من نص اتفاقية وقع عليها أربعة وزراء وهم الدكتور عوض تاج الدين وزير الصحة والسكان السابق، والسفيرة فايزة أبو النجا وزير التعاون الدولي، والأستاذ أنس الفقي وزير الإعلام، والدكتور عمرو سلامة وزير التعليم العالي والبحث العلمي السابق تحت مسمى التعديل الثالث لاتفاقية منحة الهدف الاستراتيجي لتحسين الصحة وتنظيم الأسرة . والتي صدق عليها مجلس الشعب ونشرت في الجريدة الرسمية العدد ١١ في ١٦ مارس ٢٠٠٦، وبالتالي فهي تعتبر وثيقة رسمية، ويحدد نص الاتفاقية مشاكل القطاع الصحي في مصر، إلا أن بعد كل المساعدات التي حصلت عليها الحكومات المصرية بشكل واضح والتي تؤكد وتتضمن التفاوت في الوضع الصحي والذي يؤثر بوجه خاص على الفئات الضعيفة من السكان، وعدم وجود نظم فعالة لتقديم برامج وخدمات رعاية صحية جيدة.

عرض لبعض المشاكل الصحية

إن النمو السكاني المستمر والأمراض المعدية والأمراض المزمنة التي لا يتم علاجها أو التي لا يتم علاجها على نحو سليم، والقدرة المحدودة على تلبية الاحتياجات الطبية الحادة والطارئة تؤدي إلى قصر العمر وسوء الحالة الصحية، وهو الأمر الذي من شأنه الحد من إمكانات مصر في تحقيق النمو الاقتصادي، وفيما يلي حصر لبعض المشاكل الرئيسية التي تتسبب في قصر العمر وسوء الحالة الصحية بالنسبة للمصريين:

١) ارتفاع معدل الخصوبة عن المعدل المرغوب، حيث يبلغ ٣,٢ مولود للمرأة الواحدة، وقد يؤدي ذلك في ظل الاتجاهات المتوقعة إلى زيادة كبيرة في عدد السكان في مصر وزيادة العبء على نظام رعاية صحية مثقل فوق طاقته.

٢) وجود تفاوت إقليمي في الوضع الصحي بسبب عدم التكافؤ في الموارد الصحية وتقديم الخدمات الأخرى.

٣) ضياع فرص كبرى لإنقاذ حياة النساء والأطفال بسبب قصور الخدمات الطبية، وعدم كفاية المعلومات في بعض المناطق، وإتباع أسلوب ينقصه التنظيم والفاعلية في إحالة المرضى وتلبية الاحتياجات الطبية العاجلة.

٤) الإصابة بأمراض يمكن تجنبها ومن ثم حدوث وفيات مبكرة، وذلك من جراء قصور أوجه رصد الأمراض المعدية والتصدي لها.

٥) الإصابة بالمرض والإعاقة نتيجة نقص الوعي بالسلوكيات الصحية السليمة.

٦) تدني نوعية خدمات الرعاية الصحية المقدمة نتيجة للقصور في نظم التعليم والتدريب بين العاملين في مجال الرعاية الصحية.

٧) قصور التدريب المقدم للعاملين في المجال الطبي على نحو لا يسمح بتلبية احتياجات الرعاية الصحية الأساسية والطارئة.

وبسبب الجوانب المتعلقة بالمشكلات الصحية التي تم استعراضها تقرر بموجب الاتفاقية والتي سبق الإشارة إليها رفع المنحة المقررة من ١١٢ مليون دولار إلى ١٣٨ مليون دولاراً. هذا ولم تكن تلك الاتفاقية بنصوصها الواضحة في توصيف واقع تدهور قطاع الخدمات الصحية هي السابقة الأولى بل قبل ذلك بأربع سنوات تم توقيع اتفاقية مثيلة في ٣٠ فبراير عام ٢٠٠٢، ونشرت في الجريدة الرسمية - العدد ٣٠ في ٢٤ يوليو ٢٠٠٢ وتضمنت نفس الاعترافات تقريبا، بنفس العبارات والمفردات في توصيف واقع قطاع الخدمات الصحية. ووقع عليها أيضا أربعة وزراء هم الدكتور إسماعيل سلام وزير الصحة والسكان آنذاك، والدكتور مفيد شهاب وزير التعليم العالي آنذاك، والأستاذ صفوت الشريف وزير الإعلام آنذاك، والسفيرة فايزة أبو النجا وزير التعاون الدولي.

وتؤكد نصوص الاتفاقية في توصيفها لمشكلات قطاع الصحة في مصر أنها تتضمن التباين في الحالة الصحية خاصة التي تصيب المجموعات الضعيفة صحياً من السكان وكذلك الأنظمة غير الفعالة التي يجب أن توفر برامج وخدمات الرعاية الصحية. إن الزيادة السكانية المستمرة والأمراض المعدية والمزمنة - التي تعالج هامشيا - والإمكانيات المحدودة للتصدي الصحيح والطارئ للاحتياجات الطبية تساعد على قصر حياة الأشخاص مع الانخفاض في مستوى المعيشة والتي تحد من النمو الاقتصادي في مصر. وقد استهدفت تلك الاتفاقية (والتي مولتها الوكالة الأمريكية) وضع الاستراتيجيات اللازمة والملائمة لسد الاحتياجات القومية للصحة والسكان، ودعم تنفيذ هذا البرنامج في شكل مساعدة فنية وأشكال فنية وأشكال أخرى للدعم مبينة في ملحق الاتفاقية، وبخلاف البرامج التي تمولها هذه الاتفاقية هناك برامج أخرى مستمرة لمساندة عملية التنمية في مصر من الوكالة الأمريكية والمانحين الآخرين مثل صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية ومنظمة الصحة العالمية.

ويشير وجود هاتين الاتفاقيتين المتطابقتين تقريبا إلى استنتاج رئيسي واضح أنه رغم مرور أربع سنوات على توقيع الاتفاقية الأولى واستهلاك قيمتها لم يضع الوزراء المصريون البرامج والسياسات والاستراتيجيات التي تحدثت عنها الاتفاقية عام ٢٠٠٢. بل عادوا إلى الحديث عن نفس المشاكل في اتفاقية عام ٢٠٠٥، والتي عرضت أيضا على مجلس الشعب، ولم يتوقف أحد أمام تكرار اعتراف الوزراء بتوقيعهم على هذه الاتفاقيات أنه بعد ٢٥ عام من المساعدات مازال قطاع الصحة يعاني من كل هذه السلبيات وإقرارهم بتدني نوعية الخدمات والرعاية وتدني كفاءة برامج الصحة، بالإضافة إلى الانتشار الواسع للعديد من الأمراض المزمنة واتساع الإصابة ببعض الأمراض المستجدة مثل الإيدز.

وبالإضافة إلى ما سبق وقبل اتفاقية ٢٠٠٢ بعام واحد وتحديدا في ١٩-٨-٢٠٠١ وقعت الحكومة اتفاقية أكثر تخصصًا مع هيئة المعونة الأمريكية. وتتعلق بالرعاية الصحية للأطفال والأمهات، وتم التصديق عليها ونشرت في الجريدة الرسمية عدد ٥١ في ١١ إبريل سنة ٢٠٠٢ تحت عنوان التعديل الخامس لاتفاقية منحة مشروع صحة الأم / صحة الطفل، وجاء في الاتفاقية نفس نص العبارات التي جاءت في اتفاقيات ٢٠٠٢، ٢٠٠٥.

وهكذا يستمر توقيع الاتفاقيات واحدة تلو الأخرى وبالملايين، وتعرض على مجلس الشعب ويوقِّع عليها الوزراء ويتم التصديق عليها ثم تنشر في الجريدة الرسمية دون أن ينتبه أحد ودون أن يحاسب أحد ودون أن يتكلم أحد. والأكثر غرابة في هذا هو موقف الهيئات التي قدمت تلك المنح والمساعدات للحكومات المصرية، لم تسأل عن مصير ما قدمته من منح ومساعدات. ولم تحتج مرة واحدة عن تبديد المساعدات التي خصصت للشعب المصري كما تقول في كل اتفاقية. وفي الواقع فإن المسئولية تقع على الطرفين وربما يرجع السبب في ذلك هو غياب التخطيط الفعال لإصلاح الخدمات الصحية وصرف هذه الموارد على أنشأت وشراء معدات ومكافآت للعاملين دون تغيير في هيكلية النظام الصحي بما يضمن تلافي أسباب الفساد وتدني الجودة.

المساعدات الأجنبية

لقد أصبحت المساعدات الأجنبية أحد أسباب ومصادر الفساد في القطاع الصحي في مصر، وأصبحت المنح الموجهة لهذا القطاع الكعكة التي تتوزع على الوزارات المختلفة وبأشكال مختلفة، وفي معظم الحالات يكون العائد في النهاية متواضع ومحدود، والاتفاقية الأخيرة والتي وجه جزء من مخصصاتها للإنفاق على تغذية الأم والطفل، يعتبر نموذجا لذلك حيث تشير الاتفاقية إلى نجاحها في إضافة مادة اليود إلى معظم الأغذية التي يتناولها الأطفال، لكن رغم هذا تنتشر الأنيميا بين الأطفال بشكل كبير.

هذه الأمثلة تشير بوضوح إلى وقوع فساد صارخ دفع البعض إلى المطالبة برفض المساعدات الأجنبية، إلا أن الواقع يشير إلى الحاجة الماسة إلى هذه المساعدات في العديد من القطاعات وفى مقدمتها قطاع الصحة، والتي يجب أن تدار المساعدات فيها إدارة جيدة ومسئولة وجادة وشريفة. وهو ما يتطلب ضرورة الاهتمام وبدرجة كبيرة بقضية الشفافية، وبالتالي ضرورة التعرف على اتفاقيات وبرامج المساعدات الأجنبية وعائدها وكفاءة استخدام مواردها.

وبسبب وجود تساند وظيفي في الفساد بين القطاعات المختلفة في الاقتصاد الوطني بمعنى أن الفساد في قطاع الصحة قد يسانده الفساد في القطاعات الأخرى، وأن هناك أيضا تسانداً وظيفياً بين السياسة الداخلية والسياسة الخارجية، بمعنى أن البعد الخارجي للفساد في السياسة الخارجية يعد إضافة هامة جدا تستحق التوقف أمامها والتساؤل حول قضية المعونة الأمريكية والدور الذي تلعبه بالنسبة للاقتصاد المصري، وما إذا كان لها تأثير إيجابي أم تأثير سلبي، خاصة وأن الدكتور يوسف بطرس غالي وزير المالية قد أشار في أحد حواراته التلفزيونية إلى أن تأثيرها هينِّ، وحجمها لا يكاد يذكر عند مقارنتها بحجم الميزانية المصرية، وهذا التصريح شديد التبسيط لأنه يغفل أن تلك المعونات كانت مشروطة بإعادة هيكلة الاقتصاد المصري هيكلة كاملة. إن مناقشة موضوع المعونة الخارجية يعد أمرًا هامًّا، خاصة وأن المطلوب تحقيق استخدام

أعلى درجة من الكفاءة في استخدام المنح والأموال، ولذلك فإن الشفافية المطلوبة في متابعة هذه المنح أمر هام، ليس في قطاع الصحة فقط ولكن في كافة القطاعات الأخرى. مع العلم أنه رغم أن مصر من أكثر الدول التي حصلت على منح وهي تحتل في ذلك المكان الأول أو الثاني أو الثالث في بعض التقارير الدولية، إلا أن مؤشرات التنمية البشرية في مصر أقل منها في دول أخرى، لم تحصل على منح ولم تعتمد عليها، وذلك بالرغم من أن مصر خلال فترة الستينيات كانت أفضل في مؤشرات التنمية البشرية مقارنة بتلك الدول.

قضايا مثيرة للجدل

إن تتبع الآثار المترتبة على المنح الأجنبية ودورها خاصة في القطاع الصحي يتطلب إلقاء الضوء على عدد من القضايا الهامة والتي تتعلق بهذه المنح وما يتبع ذلك من موضوع المصادر التي يتم فيها التوزيع أو الإنفاق على مختلف جوانب قطاع الصحة بالإضافة إلى الآثار التي يمكن أن تترتب علي هذا الإنفاق والذي يمكن أن يتضح من خلال النقاط التالية:

مصادر الإنفاق الصحي في مصر

قضية المنح وإن كانت تعبر عن جو فاسد وعن سوء إدارة وعدم فعالية، إلا أنها جزء من مسألة أكبر وهي مصادر وتركيب الإنفاق الصحي في مصر، والذي يعاني من خلل واضح فبالرغم ارتفاع حجم الإنفاق الكلي على الصحة في مصر، حيث ارتفع من ٨,٧ مليار جنيه في عام ١٩٩٦ إلى ٢٢ مليار جنيه عام ٢٠٠٤ أي بمعدل زيادة سنوية قدرها ١٨٪، وبنسبة أعلى من معدل النمو الاقتصادي في مصر، إلا أن الإنفاق الحكومي لم تتجاوز نسبته ٢٦٪، ينما يصل الإنفاق الخاص إلى ٦٠٪، وتسهم الهيئة العامة للتأمين الصحي من خلال اشتراكات أعضائها بنحو ٨٪ تقريبا، أما الشركات فلا تقدم أكثر من ٤٪، بينما تنخفض نسبة مساهمة المؤسسة العلاجية والهيئات المانحة إلى حدود ٢٪. ويعني ذلك أن المنح لا تعتبر عاملا مؤثرا

إلا إذا كانت هي أحد مكونات الإنفاق الحكومي. والخلل في تركيب الإنفاق على الصحة في مصر والذي يبرز في ارتفاع نسبة الإنفاق الخاص إلى ٦٠٪ في مجتمع يتسع فيه نطاق الفقر، للدرجة التي أصبح فيها الإنفاق على الصحة يشكل ٥,٧٪ من ميزانية الأسرة محدودة الدخل في عام ١٩٩٩ – ٢٠٠٠ وهي نسبة مرتفعة، في حين تصل إلى ٠,٣٪ لمن هم أعلى في مستواهم المعيشي بنسبة ٢٠٪، وهو ما جعل الإنفاق الصحي في النهاية يشكل عبئا متزايدا على كاهل الأسر الفقيرة على نحو خاص، والتي لا تحصل إلا على نسبة ١٦٪ من تمويل الخدمات الصحية مقارنة بالأسر صاحبة أعلى شرائح الدخل والتي تحصل على ٢٤٪ من تمويل الخدمات الصحية.

وارتفاع الإنفاق الخاص على الصحة من ٥٠٪ في عام ١٩٩٦ إلى ٦٠٪ في عام ٢٠٠٤، يعني أنه أصبح أكثر من الإنفاق الحكومي على نفس القطاع مما يشكل عاملا سلبيا على مجمل الاقتصاد، حيث تُعد هذه النسبة في الزيادة خصما من معدلات الادخار العائلي، بالإضافة إلى أن هذه النسبة مرتفعة جدا ولا تُقارن بدول أخرى كثيرة تعتمد على نظم تعاقدية أو على نظم عامة، ولذلك تمثل هذه النسبة خطورة بالنسبة للإنفاق الصحي، خاصة وانه بالاضافة إلى هذا ورغم تزايد الإنفاق العائلي على الخدمات الصحية وبالإضافة للإنفاق الحكومي والمنح والمعونات فإن متوسط الإنفاق الصحي العام على الفرد بالأسعار الثابتة لعامي ١٩٩٠–١٩٩١ لا يتعدى ثلاثين جنيها، وهو إنفاق منخفض للغاية عند مقارنته بمستوى الإنفاق الصحي على الفرد في دول أخرى.

الآثار المترتبة علي الإنفاق الصحي بوضعه الحالي

يساهم ارتفاع الإنفاق العام على الصحة (خاص/حكومي) في تحسن ملحوظ لبعض المؤشرات الصحية مثل نسبة وفيات الأمهات بسبب الولادة، ونسبة وفيات الأطفال الرضع،

ونسبة وفيات الأطفال في سن مبكرة، ومعدلات التطعيم، وانخفاض ملحوظ في معدل النمو السكاني، بالإضافة إلى وجود بنية أساسية (أي مؤسسات علاجية).

إلا أن دراسة تأثير المنح والمساعدات الأجنبية على تحسن هذه المؤشرات الصحية أو توفير المؤسسات العلاجية يتطلب معرفة كم منها وجه للتطعيمات أو لخفض النمو السكاني أو لإنشاء هذه المؤسسات... إلخ، على أساس أن هذه المعرفة هي السبيل لقياس الأثر الإيجابي أو السلبي لهذه المنح والمعونات ولتحديد مدى القدرة على تحمل أثار توقفها خاصة أن نسبة كبيرة من البرامج كانت تمول من المعونة الأمريكية.

هذا وفي إطار تتبع أثار تزايد الإنفاق في قطاع الصحة وعلاقته بالمنح والمساعدات الأجنبية يجب الإشارة إلى العديد من المظاهر السلبية والتي تتعلق بأن كثير من البرامج التي يتم تنفيذها تمول من المنح والمساعدات وهو ما لا يضمن استمراريتها. كما أن النسبة الأكبر من الإنفاق وجهت لشراء المعدات أو دفع أجور ومكافآت الخبراء والاستشاريين بدلا من أن تنفق على تنمية الموارد البشرية وعلى نقل الخبرة وعلى تغيير السلوك الاجتماعي والصحي. مع وجود عدم التوازن في توزيع الإنفاق على الخدمات الصحية والتي بسببها ضمن أمور أخرى تعاني مصر من التفاوتات الإقليمية والاجتماعية في مستويات تقديم الخدمة الصحية وهو ما ينعكس بشكل مباشر على مؤشرات الحالة الصحية.

هذا ويعتبر تزايد عبء الإنفاق على الدواء وهو مرتفع بالمقارنة مع الدول الأخرى، خاصة مع ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة كالقلب والسكر وغيرها والتي تلقي عبئا أكبر على القطاع الصحي بالإضافة إلى عدم القدرة على القضاء على الأمراض المتصلة بالفقر، وتوقف تمويل خدمات تنظيم الأسرة المقدمة من المعونة الأمريكية والتي تمثل عبئا كبيرا جدا على المجتمع. كما أن انخفاض مستوى المشاركة المجتمعية من خلال نظم التضامن والرقابة على القطاع الصحي، وانخفاض مستوى المسئولية الصحية للقطاع الخاص في المجال الطبي.

وعدم وجود بيانات كافية عن مصادر التمويل أو عن كيفية الإنفاق، الأمر الذي يعرقل عمليات المتابعة والرقابة مع عدم وجود بيانات مستحدثة، وخاصة أنه لا يراعي تطبيق المعايير الاقتصادية سواء بالنسبة للخدمة الصحية العامة أو بالنسبة للمعونات. وكل ذلك مع غياب أنظمة رقابية من المجالس الشعبية، وهي الرقابة من أسفل إلى أعلى أي المشاركة الشعبية مع المجلس الأعلى للصحة وخاصة أن الأمر يتعلق بالفقراء وغيرهم والذين لن تتم مراقبة الخدمة المقدمة إليهم إلا من أسفل.

تحديات تحقيق الفعالية من الإنفاق في قطاع الصحة

تشير الآثار السلبية الناجمة عن تركيب الإنفاق الصحي في الأوضاع الراهنة وأساليب هذا الإنفاق وما ينتج عنها من مشكلات مرتبطة بتهيئة المنح للفساد إلى تحديات حقيقية من الضروري التعامل معها لزيادة فاعلية استخدام هذه الموارد ومن بين هذه التحديات نجد ضرورة تحقيق التوازن أو العدالة في توزيع الإنفاق على الخدمات الصحية للقضاء على التفاوت في مستويات تقديم الخدمة الصحية. بالإضافة إلى أهمية بناء قاعدة بيانات كافية ودائمة التحديث عن مصادر التمويل وكيفية إنفاقها في ضوء عدم تطبيق المعايير الاقتصادية سواء بالنسبة للخدمة الصحية العامة أو بالنسبة للمعونات. مع العمل على بناء أنظمة رقابية فعالة وقادرة على المتابعة يشترك فيها مستهلكي الخدمة الصحية في مواجهة أشكال الفساد المتنوعة والكشف عنها. على أن يتم تفعيل زيادة مستوى المشاركة المجتمعية، وترشيد هذه المشاركة خاصة وأن العديد من البرامج الصحية سوف تكون مهددة بالتوقف في حالة غياب المنح والمساعدات الأجنبية.

أشكال الفساد المرتبطة بالمنح الأجنبية

على الرغم من محدودية حجم المنح الأجنبية في قطاع الصحة مقارنة باجمالى الإنفاق على هذا القطاع وهو ما يشمل الإنفاق الحكومي والخاص أو المقدم من التأمين الصحي أو الشركات إلا أن المنح الدولية أصبحت واحدة من مصادر إشاعة الفساد داخل القطاع الصحي عبر أشكال مختلفة وذلك بسبب عدم التقيد بالصرف في المجالات التي خصصت من أجلها المنحة وهو ما يُعطل في كثير من الأحيان استخدام موارد المنحة نتيجة اعتراض الجهات المانحة.. كما يحدث مع المنح المقدمة من الاتحاد الأوروبي والدول والمؤسسات المانحة للإصلاح الصحي في مصر، والتي ترتبط بكل سياسات وبرامج الإصلاح في قطاع الصحة، حيث أتيح في إطار هذه المنح توفير ٣٢٥ مليون دولار كدفعة أولى على مدى خمس سنوات لم يتم سوى إنفاق عشرين مليون دولار منها، وذلك لأن المنح تحكمها معايير للإنفاق وتتمتع برقابة شديدة على عكس الإنفاق من أموال الموازنة العامة والتي لا تتمتع بنفس القدر من ضبط الإنفاق ومتابعته، وهو ما يعطي الجهات المانحة في النهاية مؤشرا على عدم القدرة على إنفاق الموارد المتاحة لتنفيذ سياسات الإصلاح التي تستهدف تطوير النظام الصحي بهدف الوصول إلى التغطية الصحية لكل المواطنين في حين أن ما يتم إنفاقه يوجه إلى بناء المستشفيات، وشراء الأجهزة، ومستلزمات ضيافة، وإقامة ورش العمل وبرامج التدريب الضعيفة وغيرها من الأمور التي تتيح الفرصة لوجود عمليات الفساد، وحينما تصمم الجهات المانحة على إنفاق المنح لتحقيق الغرض الذي قدمت من أجله تظهر صعوبات التنفيذ والإنفاق، ليس هذا فقط بل في بعض الأحيان تعاقب هذه الجهات وتهدد بخوض حملة تشهير ضدها. لهذا لم تستطيع الحكومة المصرية التقدم بطلب الحصول على الشريحة الثانية من المنحة وكانت بقيمة ٤٠٠ مليون دولار، لعدم الانتهاء من تنفيذ بعض بنود إنفاق الشريحة الأولى.

وقد تم تخصيص جزء كبير من قيمة المنح كمكافآت، وفي بعض الأحيان يكون من شروط تقديم المنحة تشغيل أفراد من الدول المانحة للعمل في البرنامج الذي تموله المنحة كمستشارين

ويتم تمويل مرتباتهم من قيمة المنحة، بخلاف الفساد المرتبط بقضية تشغيل المستشارين المصريين في برامج المنح، والفساد هنا لا يرتبط فقط بتوجيه نسبه كبيرة من قيمة المنح كأجور ومكافآت لهؤلاء المستشارين، ولكن من مظاهر الفساد الأخرى اقتصار العمل كمستشارين لهذه البرامج على دائرة محدودة يتكرر تواجدها في العديد من برامج المنح والمساعدات الأجنبية. وهو الفساد الذي يستقطع جزءا لا يستهان به من قيمة المنحة الأجنبية ويحولها من كونها موردا إضافيا يأتي إلى الدولة لتحسين الخدمات الصحية ولكي يستفيد المجتمع كله إلى مجال للفساد والتربح الشخصي.

عوامل مشجعة على الفساد

لا شك أن بروز ظاهرة الفساد في استخدام المنح والمساعدات الأجنبية في قطاع الصحة لم يأت من فراغ بل يرتبط بالعديد من العوامل والظروف المهيئة والداعمة لبيئة الفساد والتي من أبرزها أن المنح التي تقدّم إلى وزارة الصحة لا تتمتع بدرجة شفافية ١٠٠٪. وغياب المتابعة والمساءلة عن مدى الفاعلية أو الهدر في إنفاق الأموال الطائلة على بعض الإنشاءات.

وعدم مساءلة المسئولين التنفيذيين في الحكومة والقطاع العام عن سلوكهم ومصادر ثرواتهم. بالإضافة إلى الخلل الكبير في الإدارة وفي هيكلة هذه المنح التي تأتي موجّهة لأغراض محددة ولا تجد من يتابع كيفية استخدام أموالها مع عدم الإيمان بضرورة تطبيق اللامركزية، حيث يعترض بعض الوزراء على مقدمي المنح إذا خصصوا المنحة لمحافظة معينة ويطالبون بتوجيهها إلى الوزارة وهو ما يدفع بعض الجهات المانحة إلى سحب المنحة. وفي نفس الوقت يحدث أن يتمتع كبار موظفي الدولة بسلطات تمكنهم من التربح بطرق غير مباشرة من المنح والمساعدات الأجنبية.

وتشكل ضعف منظمات المجتمع المدني في مراقبة الفساد على مختلف الأصعدة وهو أحد المحاور التي يجب تقويتها. مع العمل على ضرورة تدعيم الثقافة المجتمعية التي تتهاون

كثيرا في مواجهة الفساد وهى الثقافة التي يدعمها ضعف الانتماء للوطن حيث يؤدي عدم احترام الدولة لحقوق الإنسان إلى الانطوائية والانعزالية واللامبالاة، والصمت على الفساد والذي يعتبر أحد أشكال اللامبالاة.

وتشكل الاختلاف في مستويات الرقابة، حقيقة أخرى حيث تحكم المستشفيات الجامعية قوانين، والرقابة في المستشفيات الخاصة تحكمها قوانين أخرى، كما أن هناك مستشفيات حكومية وتأمين صحي يحكمها نوعية ثالثة من القوانين. مع عدم قيام الإعلام والإعلان بدور في محاربة الفساد في المجال الطبي. وفي نفس الوقت تواجه المنح التي تستهدف تطوير أو تغيير نظام الرعاية الصحية الكثير من المعوقات، وفى مقدمتها غياب إرادة التغيير. وبالطبع لا يمكن الحديث عن الفساد المرتبط بالمنح دون تجاهل التعرض للمستوى المتدني من الأجور، فالموظف الذي لا يتجاوز أجره ثمانين جنيها أو مائة جنيه حينما يجد بين يديه منحة تبلغ آلاف الجنيهات يتم توزيعها والتي تؤدي في الأرجح إلى فساده.

هل من سبيل إلى مكافحة الفساد؟

لا يمكن مواجهة أشكال الفساد المرتبط بالمنح والمساعدات الأجنبية بشكل فعال وحقيقي إلا قبل الإجابة على العديد من التساؤلات تبدأ بتحديد معنى أو مفهوم منضبط للفساد، وتحديد مستوى الفساد ذاته وهل أصبح الفساد مؤسسيا واخترق كل أركان المجتمع أم مازال ظاهرة محدودة، وإذا كانت هناك إرادة حقيقية للتغيير ومكافحة الفساد فمن سيدير عملية التغيير، خاصة وأن المجتمع المصري يشهد منذ سنوات تنامي حركة وطنية وديمقراطية تكافح الفساد وتعمل على مواجهته خاصة من خلال الصحافة، حيث يبذل الصحفيون سواء

في الصحف الحكومية أو الحزبية أو الخاصة جهدا كبيرا في هذا المجال*، والذي من أجله دخلوا معركة إلغاء الحبس في قضايا النشر، وحينما تصاعدت المعركة بسبب المادة المتعلقة بالذمة المالية احتجبت العديد من الصحف عن الصدور، واستجاب السيد الرئيس لمطالب الصحفيين بإلغاء هذه المادة.

إن قضية الفساد ومكافحته لها العديد من الأبعاد السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والمبادرة التي قامت بها مكتبة الإسكندرية مع التحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد، تحتاج إلى تطوير ومساندة، وفى إطار دعم ومساندة هذه المبادرة يمكن التأكيد على بعض

* وكعينة من تعليقات الصحف حول موضوع الفساد في قطاع الصحة:

- وذكرت جريدة العالم اليوم في عدد من المقالات منها "التطبيع مع الفساد"، و"الفساد.. وسنينه٢"، و"الفساد.. وسنينه٤"، و"الفساد.. وسنينه٥"، و"الفساد.. وسنينه٦"، و"الفساد.. وسنينه٧"، و"الفساد.. وسنينه٨" وأن ورشة عمل "الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة" وهى ورشة عمل تكتسب أهمية استثنائية ليس فقط من أهمية الموضوع الذي يتضمنه هذا العنوان، وإنما أيضا من الجهات المشاركة فيها. هذا ويعد "التحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد"، ويسمى اختصارا "أمل" بادرة يقوم بها منتدي الإصلاح العربي لمحاربة الفساد في القطاعات المختلفة والتي كان من بينها قطاع الصحة. أي هناك أمل في أن نروض هذا الوحش الكاسر، لأن المجتمع المدني بدأ في التحرك والإمساك بهذه القضية المسكوت عنها بيده، خاصة وأن ترتيب مصر على المؤشر العالمي للشفافية قد انخفض من المركز السادس والستين عام ١٩٩٨ على المركز السبعين العام الماضي.

- أكدت جريدة نهضة مصر على أهمية قيام الحكومة ووزارة الصحة بالإعلان عن المعلومات الخاصة بها وتحديثها بصفة دورية ونشرها على شبكة الانترنت على أن تشتمل هذه المعلومات على ميزانيات الخدمات الصحية ومقارنة الأداء المحلى بالدولي، وأن تخضع الإدارات الحكومية والمستشفيات ومؤسسات التأمين الصحي وغيرها من الهيئات التي تتولى أو تتعامل مع الخدمات الصحية للمراجعة والمراقبة الحسابية المستقلة.

- وأشارت مجلة المصور إلى اعتراف الدكتور حاتم الجبلي وزير الصحة بتفشي الفساد في وزارة الصحة والذي يتمثل في التلاعب في مخصصات الدواء والمؤن الطبية وعدم الانضباط في التعاقدات.

- وأوضحت مجلة آخر ساعة إلى أنه بفضل الحملات الصحفية الناجحة التي قادتها ضد الإهمال في المستشفيات الحكومية، بدأت أجهزة الدولة والمجتمع المدني في الانتباه لخطورة هذا الإهمال على حياة المواطنين في مصر.

- وأشارت جريدة المصري اليوم إلى اعتراف الدكتور حاتم الجبلي وزير الصحة والسكان خلال فعاليات ورشة العمل "الفساد في المجال الصحي في مصر" التي تم عقدها بمكتبة الإسكندرية يوم ١٤ أغسطس ٢٠٠٦، بأن الفساد في المنظومة الصحية المصرية وصل للنخاع، وأن مظاهر هذا الفساد تعددت، وأن عمليات التلاعب تتم في مخصصات الدواء.

المحاور الأساسية في مجال مكافحة الفساد المرتبط بالمنح والمساعدات الأجنبية وأهمها:

- الفصل بين الإدارة والتمويل هو التوجه الأول لأية مؤسسة يدخل في عملها أي نوع من المنح.
- متابعة ومراقبة التنفيذ في ضوء أولويات قومية للخدمة الصحية والتي يجب أن توضع في الاعتبار عند وضع أي برنامج ممول من المنح والمساعدات الأجنبية.
- العمل على أن تهتم اتفاقيات المنح والمساعدات الأجنبية ببرامج نقل الخبرة وتنمية الموارد البشرية وضمان الاستمرارية في هذه البرامج.
- إعادة توزيع نسب الإنفاق بين القطاعات الصحية المختلفة وزيادة مخصصات الإنفاق على الرعاية الوقائية، وهو ما سوف يسهم في تحسن مؤشرات الصحة ويقلل على المدى الطويل الاعتماد على المنح والمساعدات الأجنبية.
- زيادة فاعلية دور منظمات المجتمع المدني ووجود مؤسسات وتجمعات قادرة على رقابة مستوى جودة الخدمة الصحية خاصة بالنسبة للبرامج الممولة من المنح والمساعدات الأجنبية.
- وضع خريطة صحية واضحة وتحديث بياناتها بصورة مستمرة، خاصة بالنسبة للمناطق الفقيرة، حتى يمكن متابعة إسهام وفاعلية المساعدات والمنح الأجنبية في تحسين الواقع الصحي لهذه المناطق عبر ترشيد توزيعها بما يلاءم الاحتياجات الصحية الفعلية سواء على النطاق الجغرافي أو على مستوى نوعية ومستويات أشكال الرعاية الصحية.

- زيادة الإنفاق الحكومي الصحي تأكيدا لأهمية استمرار دور الحكومة في دعم الخدمة الصحية، مع وضع المؤسسات الرقابية اللازمة لذلك، وهو ما سوف يسهم في تزايد عدم الاعتماد على المنح والمساعدات الدولية.

وخلاصة القول إنه يجب تأسيس هيئة لإدارة المنح تختص بتوزيع المنح والمساعدات الأجنبية على الهيئات المختلفة وفقا لقدرات هذه الهيئات واحتياجاتها الفعلية ومجالات عملها وعلى أساس مؤشرات الاحتياجات التي تبرزها الخريطة الصحية لمصر، كما يجب أن تتحمل هذه الهيئة مسئولية متابعة استخدام المنح في الأغراض المخصصة لها، ومراقبة مستوى كفاءة استخدامها.

الفصـل الثالث

الفساد في نظام التأمين الصحي

(هيئة التأمين الصحي)



يعتبر الفساد ظاهرة إدارية تطورت وتحولت لتصبح ظاهرة قِيميّة، لهذا يُعد الإصلاح الإداري أحد مداخل مواجهة ظاهرة الفساد. فالإدارة الصحيحة لأي مؤسسة تعتمد على نظام صحيح، يحدد علاقة الناس بهذه المؤسسة، وعلاقات وحدات أو مستويات المؤسسة يبعضها البعض، وعندما لا يساعد النظام المؤسسي طالبي الخدمة في الحصول على خدمتهم نتيجة تعقد إجراءات النظام أو عدم شفافيته يلجأ الناس إلى خلق نظم بديلة غير معلنة، وهى ما تسمى بالنظم غير الرسمية، والتي تعمل بالتوازي مع النظام الرسمي الذي لا يحقق الفعالية المطلوبة. فالإنسان بطبيعته يحب العيش في ظل نظام على دراية بأوله وآخره ومدرك لكيفية التعامل معه، بصرف النظر عن أساليب أو طبيعة التعامل، وهل تتم عبر القانون؟ أم من خلال الرشوة؟ أو الواسطة؟.... إلخ، لهذا فتجاوز هذه الحالة أو الظواهر المعبرة عن واقع فاسد ليس لها إلا مخرج واحد هو أن يكون النظام الرسمي فعالا وأن يتم احترام لوائحه وقوانينه. وحتى يصبح النظام الرسمي كذلك يجب أن يكون مبني على التخطيط وعلى السياسات التي تلبي احتياجات الناس، وأن تعكس كل الإجراءات المتبعة في هذا النظام ولوائحه التي يجب أن تكون واضحة وبطريقة بسيطة وميسرة.

نظام التأمين الصحي

يجب أن نذكر للإنصاف أن هيئة التأمين الصحي استطاعت أن تقدم الكثير في مجال الخدمة والرعاية الصحية، وعلى سبيل المثال استطاعت في العام الماضي فقط أن تقوم بإجراء ٤٠٠ ألف عملية تمت للمنتفعين، منها ٧٥ ألف عملية تحتاج لمهارة عالية مثل إجراء ٧٠ عملية زرع نخاع على نفقة الهيئة وتكلفت العملية الواحدة ٧٠ ألف جنيه، بالإضافة إلي عدد٧٠ عملية زرع كلية، و٣٠٠٠ عملية قلب مفتوح بتكلفة ٢٥ مليون جنيه، وعدد ١٤ ألف عملية قسطرة قلب بتكلفة ٢٢ مليون جنيه، فضلا عن ٣٥ ألف مريض تلقوا علاجا للأورام على نفقة الهيئة بتكلفة تتخطى ٨٥ مليون جنيه، وإتمام مليون جلسة غسيل كلوي تمت على نفقة الهيئة بتكلفة ١٢٥ مليون جنيه.

إلا العرض السابق لا ينفى أن نظام التأمين الصحي يعاني من الكثير من المشكلات التي تفتح الباب أمام العديد من أشكال الفساد من جهة أما الجهة الأخري فأن التأمين الصحي يفترض أن يخدم نسبة حوالي ٤٨٪ من السكان وهذة الإنجازات تقل كثيرًا عن احتياجات نصف السكان. وإذا نظرنا إلى التأمين الصحي وتأملنا رسالته نجد أن الغاية منه هو تحقيق خدمة صحية للمواطن العادي في ريف ومدن مصر، وإذا نظرنا إلى هذا التعريف فعلينا أن نتساءل هل تخطيط نظام التأمين الصحي في مصر يحقق هذا الهدف؟ وهل يؤدي التأمين الصحي رسالته التي تتلخص في تقديم خدمة صحية بجودة مطلوبة لكل مواطن في ريف ومدن مصر؟ وهل بنية وهيكل مؤسسة التأمين الصحي واللوائح التي تحكمه تعكس هذا الهدف ؟ وهل التمويل الخاص به يكفي ويحقق هدفه؟ وهل يوجد نظام محاسبي يضمن أن خدمة التأمين الصحي تقدم بأفضل الطرق وأكثرها رشادة وفاعلية؟ وأخيرا هل التوظيف والتعاقدات الإدارية الخاصة به تؤدي إلي تحقيق الغرض؟

هذا وتعتبر الإجابة على تلك التساؤلات، وتحليل تلك الإجابات بطريقة صحيحة، هو المؤشر على مدى وجود شكل أو آخر من أشكال الفساد المرتبط بمدى كفاءة وفاعلية النظام. فغياب التخطيط الصحيح يفتح مجالا للتدخل، وكذلك الأمر بالنسبة للوائح غير السليمة يفتح المجال للتلاعب بالقوانين، وإذا كانت التعيينات لا تخضع لقواعد صارمة ترتبط بالكفاءة والجدارة فهي تفتح المجال للمحسوبية، ولو كان النظام المالي والمحاسبي غير واضح أو دقيق فهو الآخر يفتح المجال للرشوة والتدخل الفاسد.

معايير الأداء لنظام التأمين الصحي

يجب فحص جميع عناصر نظام التأمين الصحي للتأكد من مدى إحكامه بحيث يمنع تسرب أي صورة من صور الفساد والتي قد تعطل النظام عن تحقيق أهدافه وفي هذا الإطار يجب تقييم تجربة نظام التأمين الصحي في مصر للتعرف على مدى فعاليته. حيث تعد الصحة

حقا أصيلا من الحقوق الأساسية للإنسان، وهو أمر بديهي يعرفه الجميع، لكنه مثل غيره من كثير من المعارف تم نسيانه عمدا أو لسوء في الفهم، فالاهتمام بالصحة موقف حضاري، فضلا عن أنه من المبادئ الرئيسية للإيمان في الرسالات السماوية وفي كتب وتعاليم الحكماء الأسوياء شرقا وغربا. وإذا ركزنا على مصر وعدنا قليلا إلى الوراء سنجد أن الاهتمام بالصحة كان كبيرا وبأسلوب علمي، وليس أدل على ذلك من أن المصريين القدماء – والذين اعتبروا بناة حضارة البشر –توصلوا إلى أن الصحة في الجسد والعقل والنفس تبدأ من مرحلة الطفولة الأولى، وأن أساسها في العامين الأولين من عمر الطفل، وأن أول حجر في هذا الأساس هو أن يتغذى الوليد بالرضاعة الطبيعية من الأم عامين كاملين، وهذه الحقيقة العلمية أكدتها الدراسات والأبحاث العلمية. وهذا لا يعني فقط بناء الجسد وتقوية جهاز المناعة في الإنسان ولكنه يشير إلى أن ضم الأم واحتضانها لطفلها يعطي حنانا وصحة نفسية واستقرارا وتنمية للعقل والوجدان. وتعتبر هذه المقدمة ضرورية للتأكيد على أن الاهتمام بالصحة والدعوة إلى ذلك ليس انسياقا وراء دعوات أجنبية وليس تقليدا لما يمارسه الآخرون، لكنه نابع من ذاتيتنا، وإن كان هذا لا يمنع من دراسة تجارب الآخرين باعتبار أننا جزء من المجتمع الإنساني نؤثر فيه ونتأثر به.

وفي محاولة تقييم تجربة التأمين الصحي في مصر يجب أن يتم ذلك في ضوء ثلاث معايير تتعلق بضرورة عدم أن يترك الإنسان فريسة للمرض ثم نطالب التأمين الصحي بعد ذلك بعلاجه. كما أنه من غير المنطقي مطالبة التأمين الصحي بتحمل كامل نفقات علاج كل الأمراض. بالإضافة إلي ضرورة أن يقوم مسئولو التأمين الصحي وعلي كل المستويات بمعاملة المؤمن عليه معاملة إنسانية وبكل احترام، فالمواطن أيا كان هو الثروة الأساسية في هذا الوطن.

وفي إطار ذلك يجب التأكيد على أن الرعاية الصحية للمواطن تبدأ بالوقاية ثم الكشف المبكر والعلاج في بداية الأمراض، ومع كل التقدير للجهد الذي تقوم به وزارة الصحة ونظام

القوافل الصحية، فإن هذة الأمور لا يمكن أن تعتبر بديلا عن المراكز الصحية الثابتة ولا يغني عنها لأنه في حالة القوافل لا يذهب إليها إلا من يشكو مرضا، وحتى لو قيل إن من وظائفها القيام بالكشف المبكر فهذا لا يمكن أن يستوعب كل الناس ومن كل الأعمار والفئات، كما أن هذه القوافل لا يمكنها أن تتعرف على الحالة الآنية للمريض وتاريخه الصحي، وذلك علي خلاف المراكز الصحية الثابتة والتي يتوافر فيها السجلات والبطاقات الصحية لكل حالة، ولقد أشار الدكتور وزير الصحة إلى أنه زار محافظة الوادي الجديد ووجد في أحد المراكز الصحية نظاما دقيقا وطبيبا مخلصا في عمله، وهو كلام صادق برغم كل الدعايات المغرضة التي تتناول الإنسان المصري فهو مازال إنسانا مفعما بالعطاء عميق الإيمان، وأن هذا النموذج يجب أن يكون سائدا في كل الوحدات الصحية الثابتة، والتي يجب أن تكون في كل ركن بالمدينة والقرية بل وفي كل نجع. وتوجد خبرة مصرية متراكمة في هذا المجال مثل نظام الوحدات المجمعة الذي بدأ عام ١٩٥٣ حيث تم إنشاء وحدة في كل قرية في مصر وكانت كل منها تضم مدرسة ابتدائية وأخصائيا اجتماعيا وطبيبا بيطريا وعيادة بها طبيب بشري، ونحن أحوج ما نكون الآن إلى توافر مثل هذه الوحدات في كل مربع سكني وفي كل حي بالمدينة وفي كل قرية ونجع وتجمع سكني، بصرف النظر عن حجم التكاليف المالية، فالاستثمار الأنفع هو الاستثمار في البشر، وعلينا أن ننظر إلى بعض المؤشرات الخطيرة مثل أمراض الأنيميا التي تصيب الأطفال منذ الصغر وكم تتحمل الدولة وتتكلف في علاجها وتظهر نتائج نسبة الطلاب الأصحاء الذين تقبلهم الكليات العسكرية وخاصة الطيران مؤشراً واضحاً عن خطورة مثل هذة الأمراض، حيث لا يصلح من ناحية اللياقة الصحية أكثر من واحد في الألف للقبول فيها.

إن إنشاء المراكز الصحية للتوعية وللكشف المبكر وعمل بطاقة صحية لكل مواطن ترصد تاريخه الصحي منذ طفولته هي الخطوة الأولى التي يجب توافرها للتخفيف من أعباء نظام التأمين الصحي، وهنا تأتى مسئولية التأمين الصحي في علاج الأمراض لكل الفئات

فالدولة مسئولة عن الجميع وينبغي أن تدرك السلطة التنفيذية ممثلة في الحكومة ووزارة الصحة أنها لا تنفق من مالها الخاص وإنما من مال المواطن دافع الضرائب، وأن مسئوليتها أن توفر العلاج للجميع وأن تضع ترتيبات ونظم هذا العلاج بما يتلاءم مع ظروف الواقع الاجتماعي والاقتصادي وتطوره، وأن تكون مساهمات المواطنين مناسبة لقدراتهم الفعلية.

هذا ومن المشكلات التي يعاني منها على سيل المثال نظام التأمين الصحي الثبات على بعض التعريفات مثل تعريف محدود الدخل، فقد تغيرت ظروف الواقع تغيراً جذريا عما كان عليه قبل ثلاثين سنة، حتى السبعينيات؛ حيث كان أستاذ الجامعة أو وكيل الوزارة يعيش في مكانة اقتصادية واجتماعية راقية لكن المكانة تغيرت الآن، فأعلى مرتب شهري للأستاذ الجامعي أو وكيل الوزارة أو من في هذا المستوى لا يصل إلى نحو ثلاثة آلاف جنيه شهريا وأحيانا أربعة، وهذا قياسا على الأسعار الحالية؛ يضعه في خانة محدودي الدخل. لكن التأمين الصحي لا يرى ذلك فكل من تجاوز مرتبه حد الألف أو الألفي جنيه شهريا هو من الأثرياء الذين ينبغي أن يساهموا في تحمل تكاليف علاجهم وأفراد أسرهم، وهو ما يضع الكثير من هذه الفئات في ظروف لا تستطيع معها علاج نفسها، الأمر الذي يؤكد ضرورة تغيير هذه اللوائح والقوانين ولذلك من الأفضل للدولة أن لا تعالج من يقدر على علاج نفسه من أن تضع القيود والتي قد تؤدي إلي أن يلقى عفيف النفس حتفه.

إن حسن معاملة متلقي الخدمة يتوقف على الطاقم المعالج من أطباء وممرضين وموظفين، وهو الوضع الذي لا يمكن تحسينه فقط برفع رواتبهم وإنما أيضا بحسن تأهيلهم وتدريبهم وإقناعهم بأنهم في خدمة المريض وليس العكس وأيضا بزيادة عدد المراكز العلاجية.

إن جزءاً كبيراً من مشكلات التأمين الصحي يرتبط بتكلفة الدواء وفاعليته وهى مشكلة لن يتم تجاوزها إلا بتنمية الإنتاج الوطني ودعمه وإذا أثبت الدواء المصري كفاءته فإن المواطن سوف يثق به، بل إنه سوف يجد طريقه أيضا للتصدير إلى الخارج.

ومن دراسة مؤشرات التقييم الأولية لواقع التأمين الصحي نجد أنه يعاني كنظام إداري من عدم وجود نظام قياس جودة الخدمة الصحية التي يقدمها، حيث لا توجد أساليب لهذا القياس، فمثلا في مجال مكافحة العدوى أجرت الوزارة دراسة سنة ٢٠٠٣ واتضح منها أن ١٤٪ فقط من الأطباء يغسلون أيديهم قبل وبعد فحص المريض. كذلك ليس هناك نظام تنمية مهارات العاملين في القطاع الصحي، فمثلا طبيب الامتياز الأقل حظا ومجموعا يعين في أبعد نقطة، والأكثر حظا ومجموعا يُعينّ في القاهرة! وبالنسبة للممرضات فإن ٩١٪ من عددهن خريجات مدارس ثانوية.. و٥٪ خريجات كليات التمريض و٤٪ خريجات التعليم الفني الصحي. وهو أمر يؤثر بالتأكيد على مستوي الخدمات الصحية، بالإضافة إلى عدم وجود نظام مالي سليم فميزانية هيئة التأمين الصحي في عام ٢٠٠٤ حققت خسارة قيمتها ٦٧١ مليون جنيه، في حين أن حساب العائد من بوالص تأمين السيارات وغيرها يحقق ١٣٠ مليون جنيه إضافية. كما أن تتعدد وتداخل الأدوار التي تقوم بها وزارة الصحة يوثر على جودة الخدمات الصحية، فهي الآن تمارس كل شيء! ابتداء من تمويل الخدمة ومراقبة الخدمة إلى تعيين العاملين وكل شيء.

هذه المشكلات كانت في النهاية رغم كل ما يقدمه نظام التأمين الصحي من خدمات مصدر شكوى وعدم ارتياح من متلقي الخدمة، وقد أجرى مركز معلومات مجلس الوزراء استطلاع رأي لعينة عشوائية من المؤمن عليهم كانت نتيجته أن ٥٩٪ يشكون من إهمال الأطباء وهيئة التمريض، و٣٠٪ من عدم فعالية الأدوية، و٢٠٪ من الإجراءات الإدارية وسوء المعاملة. وكان من نتيجة ذلك لجوء المنتفعين إلى أنظمة بديلة غير شرعية وغير قانونية لتسهيل تعاملهم وحصولهم علي الخدمات من نظام التأمين الصحي، وهو ما فتح الباب واسعا لأشكال متنوعة من الفساد الذي يتجاوز وقائع التربح الشخصي إلى الفساد المرتبط باستغلال السلطة وإهدار الموارد، وهي من أشكال الفساد التي ترتبط بمرض عام يسود المجتمع اسمه غياب الشفافية، والذي ينمو بسبب انتشار ثقافة عدم احترام المجتمع للبيانات وما تستحقه

من احترام ومكانة، نتيجة تخلف النظام الإداري في مصر، ففي أي مؤسسة أو مصلحة عند السؤال عن أية بيانات سيتم التوصل إليها بعد مشقة ثم يتم بذل جهد إضافي للتأكد من دقتها إلى أن يتم اكتشاف أن هذه البيانات قد تم إعطائها لطالبها للتخلص منه لإلحاحه. وهو ما يعكس سيادة ثقافة الحجب والسرية حتى في الأمور التي لا تستلزم هذا، وعلى صعيد التقنية فرغم إن العالم أصبح لا يستخدم إلا الحاسبات الآلية والبرمجيات المتقدمة، فإن معظم مؤسسات الحكومية مازالت تعتمد على دفاتر بها بيانات مكتوبة بخط اليد وأحيانا مدونة بالقلم الرصاص!

ومعنى ذلك أن معظم المؤسسات لها ذاكرة وان وجدت فهي غير منظمة ومهددة بالضياع والفقد، وهذا الغياب للذاكرة المؤسسية يعد بما لا يدع مجال للشك كأحد مداخل الفساد، نتيجة تكرار نفس الأخطاء. ويرتبط الفساد في مؤسسات التأمين الصحي بالتعليم الطبي وأخلاقيات المهنة، والتي يؤدى غيابها إلى إعادة إنتاج التفاوت في مستوى تقديم الخدمة الصحية وهو أحد أشكال الفساد لأن الجميع يدفعون الضرائب بالإضافة إلى أن المنتفع في التأمين الصحي يدفع جزء من قيمة علاجه، ويجب في مقابل ذلك أن يحصل على مستوى جيد من الرعاية الصحية، مع العلم بالطبع أن هناك تفاوت كبير في الخدمة التي تقدمها المستشفيات الاستثمارية والخدمة الصحية التي تقدمها مستشفيات التأمين الصحي والتي تعتبر متدنية إلى أقصى درجة.

آليات مواجهة الفساد

تتعدد الأطراف التي تتعامل مع نظام التأمين الصحي بداية من المستفيد أو المريض إلى فريق العمل من أطباء وإداريين، والجهات التي تتعاون مع هيئة التأمين الصحي من شركات أدوية وتجهيزات طبية ومستلزمات طبية، وشركات المقاولات..إلخ، ومعنى ذلك أن علاج الفساد في قطاع التأمين الصحي يستلزم تقصي أسبابه وأشكاله لدى كل هذه الأطراف.

ولتحقيق ذلك يمكن الاستعانة بالخبرات العالمية في مجال مكافحة الفساد الموجود في كل العالم مع الاستعانة واشتراك العاملين في التأمين الصحي لأنهم أصحاب التجربة الواقعية والذين يعايشون السلبيات في التطبيق، ولأنهم أيضا هم الفئة التي تواجه كل المشكلات، وتعرف مواطن القصور والتي يمكن أن تفتح ثغرات للفساد.

هناك ضرورة ملحة لتطوير وتحديث نظام التأمين الصحي في مصر وهى ليست بالقضية الهيّنة بعد أن أصبح نظام موجود ويخدم حوالي ٥٢٪ من الشعب المصري، من أجل حماية صحة المواطن المصري، وهو الأمر الذي يحتاج لبناء فكر جمعي علمي يجمع ما بين آراء الخبراء والأكاديميين وأصحاب المصلحة والمفكرين والمجتمع المدني، وعلي أن يتم هذا في إطار منظم حتى يصبح كل المجتمع متجه للتغيير ومشارك فيه بما يقلص مساحات الاختلاف ويساعد على مواجهة هواجس الخوف لدى البعض والتشكيك في أهداف البعض الآخر. كما أن الشفافية تحتم إعطاء الفرصة لأصحاب المصلحة من المنتفعين للتعبير عن رؤيتهم ومصالحهم حتى يصبح تطوير التأمين الصحي مشروعا للأمة، وليس مجرد مشروع لوزارة الصحة وخاصة أنة من المعوف عالمياً أن نظم التأمين الصحي تدار أساساً بمعرفة ممثلي الممولون وممثلي المنتفعون.

وفي هذا المجال يمكن الاستعانة بالعديد من الآليات والمقترحات لمحاصرة أشكال الفساد في هذا القطاع ومنها ضرورة وضع خطة واضحة لما هو مطلوب من حيث نوعية الخدمة، وحجم تغطيتها، وهى الخطة التي يجب أن توائم بين التوقعات وبين المتاح من الموارد. وتوفير وإعداد أكبر قدر من البيانات للجمهور مع إتاحة الفرصة للمراجعة الخارجية لأعمال الهيئة. وأن تتبنى الهيئة ثقافة الشفافية والاعتراف بالخطأ عندما يحدث. والعمل على تغيير ثقافة القائمين على هيئة التأمين الصحي والذين تعودوا على أن طريقهم للترقي يأتي عبر ضغط النفقات والتي ليس لها إلا طريق واحد هو حرمان المنتفع من بعض حقوقـه.

هذا ويمكن الاستفادة أيضاً من تجربة التأمين الصحي على الطلاب حيث يتحمل المنتفع نسبة ٣٠٪ من الدواء والذي يؤدي إلى ترشيد استخدام الدواء الذي يقتطع نسبة كبيرة من موارد هيئة التأمين الصحي. كما أن شراء الخدمة قد يكون هو الأفضل والأقل تكلفة، فقطاع الفشل الكلوي على سبيل المثال وهو قطاع هام من قطاعات التأمين الصحي يتكلف منه علاج المريض داخل مستشفى ٦ أكتوبر للتأمين الصحي ١١٥ جنيه وهي دراسة دفترية توضح التكاليف المباشرة، مع العلم أن المريض لو أرسل للغسيل في بعض المراكز الخاصة فسوف ترتفع التكلفة إلى ١٢٠ جنيه بفارق خمسة جنيهات وهو فارق ضئيل. ويشير الوضع الحالي في مصر إلى ازدياد عدد مرضى الفشل الكلوي كل عام بمعدل عشرين ألف مريض، وإذا كانت ماكينة الغسيل الكلوي تخدم فقط ستة مرضى، فهذا معناه أننا نحتاج إلى استيراد ثلاثة آلاف ماكينة كلى صناعية كل عام بخلاف تكاليف تجديد وإحلال الماكينات القديمة، كما أن مراكز العلاج بحاجة إلى محطة مياه وأطباء وتمريض. .. إلخ، وهو الأمر الذي يزيد من التكلفة الفعلية بما يتجاوز فارق الخمسة جنيهات، والذي يشكل عبئا ضخما على ميزانية التأمين الصحي. والسؤال الذي يطرح نفسه هو هل إنشاء مركز جديد للكلى بين وقت وآخر أفضل أم شراء خدمة الغسيل من المستشفيات والمراكز الخاصة؟ مع العلم أن هذا لا يعني الخضوع لسيطرة القطاع الخاص، لأن الهيئة تستطيع أن تطرح الأسعار المناسبة للحصول على الخدمة. ولذلك فإن توسع الهيئة في شراء الخدمة دون أن تقدمها سيوفر كثيرا في الموارد المتاحة التي يمكن توظيفها في مجالات أخرى للرعاية الصحية.

وهناك تجربة بدأت منذ ١٢ سنة مع التأمين الصحي في الإسكندرية وهي تقديم الخدمة من خلال المؤسسات الطبية للقطاع الخاص، وفي منطقة دمنهور على سبيل المثال لا توجد خدمة تأمين صحي، ولذلك تم التعاقد مع مركز صغير لجراحة المخ والأعصاب منذ حوالي ١٥ عاما، وفي هذه الفترة تم إجراء ٣٠٠٠ عملية أعقبتها فترة إقامة لا تزيد عن أربعة أيام ولا توجد أية حالة وفاة وتكلفة المريض لم تتعدَ ١٥٠٠ جنيه، وهذه التجربة الرائدة تبين إلى أي مدى يكون

مستوى الخدمة بالقطاع الخاص جيدة وذلك عندما يكون مخلصا ومتعاونا، وقد قامت هيئة التأمين الصحي في العام المالي السابق بشراء خدمات من الخارج بإجمالي ٤٥٤ مليون جنيه، والمتوقع أن ترتفع هذا العام إلى ٥٥٠ مليون جنيه، ولذلك فإذا كانت الهيئة تقوم بشراء جزء من خدماتها بالفعل من خارج الهيئة فإنة يجب وضع معايير صارمة للغاية عند شراء هذه الخدمات ترتبط بمستوى الخدمة والتكلفة الفعلية.

ومن المهم ضرورة العمل على توعية الأطباء بأحدث المعلومات الدوائية حيث يسهم ذلك في ترشيد استخدام الدواء وقد تم بالفعل في بعض المستشفيات التابعة للتأمين الصحي القيام بهذه التوعية؛ مما أدى إلى الانخفاض في استخدام بعض الأدوية بنسبة تتراوح بين ٣٠٪ إلى ٤٠٪ لمجرد أن الأطباء في هذه المستشفيات أصبح لديهم وعي بالمعلومات الصحية، وفي نفس الوقت ارتفعت نسبة الاستهلاك لدى البعض الآخر بحوالي ٢٠٪ لكن في النهاية أصبح استهلاكهم أفضل.

ويعتبر الفصل التام بين تقديم الخدمة وتمويل تكلفتها من أهم الأمور، ففي دول مثل الولايات المتحدة الأمريكية يوجد فصل تام بين تقديم الخدمة وبين تحصيل رسوم ثمن العلاج، والذي يساعد في الحصول على رسوم خدمة أو تكلفة علاج عادلة تتناسب مع التنوع الواسع في مستويات الدخل بين الفئات الاجتماعية المختلفة كما يجب أن يكون هناك معيارا يحدد الفئات الجديرة بالدعم ومستوى الدعم الذي يقدم لكل فئة.

وهذا في حالة الاتفاق على فصل الخدمة عن التمويل والاستعانة بالقطاع الخاص لتقديم الخدمة، لابد من وضع قواعد مُعلنة ومعايير ومواثيق واضحة تحدد مستوى جودة الخدمة وتكلفتها حتى يتمكن المنتفع من الدفاع عن حقوقه كمواطن في حالة انتهاك هذه الحقوق. وفي نفس الوقت هناك ضرورة لبناء نظام علاجي واحد محدد الملامح ينهى الازدواجية بين التأمين الصحي ووزارة الصحة والمؤسسة العلاجية والمستشفيات الجامعية، والتي تتحمل

الدولة بسببه عبئا إداريا مكلفا للغاية، وبحيث يكون نظاما علاجيا متدرجا يبدأ بتوفير رعاية صحية أولية للجميع من حيث توفير أمصال التطعيمات وبرامج المكافحة الأولية، على اعتبار أن ذلك حق أساسي لكل مواطن ولكل طفل في مصر حتى قبل ولادته. ثم تقديم مستوى آخر من العلاج تقدمه مستشفيات التأمين.

وفي إطار ذلك يمكن تخفيض التكلفة عن طريق إعادة هيكلة أو تطبيق نسب قياس الجودة وهو أحد أساليب ترشيد استخدام الموارد المتاحة في رفع كفاءة الخدمة المقدمة للمنتفعين دون أي موارد إضافية. مع ترسيخ القواعد القانونية التي تعالج تضارب المصالح، كمدخل أساسي لمواجهة الفساد في التأمين الصحي، خاصة وأن الغالبية من العاملين في قطاع الصحة لديهم عيادات خاصة أو مستشفيات ومعامل تحاليل طبية.

ومن الأمور التي يمكن أن تساعد في تحسين الخدمات إتاحة مساحة وآليات تسمح للمنتفعين بالمشاركة في عمليات الرقابة، لأنه بدون وجود هذا الدور الرقابي للمشتركين أو دافعي الضرائب يصبح من الصعب مواجهة الأشكال المتنوعة للفساد خاصة المرتبطة بمستوى الخدمة. كما يمكن إشراك شركات التأمين الطبية في توفير موارد لهيئة التأمين الصحي عن طريق التأمين على فئات معينة في المجتمع من غير الخاضعين لمظلة التأمين الحالي والتي يمكن أن يتحدد مستواها وفق اشتراك المواطن في الحصول على هذه الخدمة.

الرقابة والمتابعة وتحسين مستوى الخدمة

على الرغم من أن هناك الكثير من الآليات لمكافحة الفساد داخل هيئة التأمين الصحي خاصة تلك التي ترتبط بتحسين جودة ما يقدمه من خدمة والتي تساعد في الحد من نزيف هدر الموارد عبر مشروع حقيقي لتطوير هيئة التأمين الصحي بشكل جذري إلا أن هناك العديد من الجهود التي قامت بها وزارة الصحة مؤخراً لمواجهة بعض مظاهر الفساد ولعل أبرزها الجوانب التالية:

- قيام هيئة التأمين الصحي باستخدام آليات جيدة للرقابة والمتابعة، حيث تم في الفترة الأخيرة على سبيل المثال إنهاء عقد استشاري أمراض نساء وتم تحويله للتحقيق في الشئون القانونية لأنه أهمل في إحدى الحالات التي تحولت من عملية بسيطة إلى عملية معقدة تشكل خطورة على حياة المريضة، كما تم نقل مدير إحدى المستشفيات في الدلتا بعد أن أشار تقرير لجنة تحقيق والتي تم تشكيلها بناء على شكوى من منتفع إلى وجود إهمال إداري في أسلوب المستشفى، كما بادرت هيئة التأمين الصحي منذ فترة على تقديم بلاغ إلى النائب العام بخصوص مشكلة مستشفى الطلبة وقد تطوعت الهيئة بالكشف عن هذه الحالة وإعطاء كل المعلومات إلى الصحف عن هذه المشكلة وحتى يدرك الرأي العام حجم المشاكل التي تواجهها الهيئة على أمل أن يسهم مع الهيئة في حلها، ولم يتوقف الأمر عند هذا الحد فقد تم تأسيس جمعية منذ حوالي ١٥ سنة لمحاربة الفساد، وكشف السلبيات، وتضم هذه الجمعية حوالي ١٠٠٠ طبيب في الإسكندرية، ولازالت مشهرة وموجودة وتعمل مع هيئة التأمين الصحي.

- قامت الهيئة بتغيير قائمة الأدوية الموجودة حاليا والتي لم تغيير منذ فترة طويلة. كما تم توفير أنسولين القلم للأطفال والذي سيكلف الهيئة سبعة ملايين جنيه، وهو أفضل من الأنسولين العادي وأقل ألما. كما تسعى الهيئة لحل مشكلة زرع القرنية التي ظلت مصر بأكملها تلتف حولها لسنوات دون أن تواجهها، فالقانون السابق والذي لم يعلن كان يبيح للطبيب أخذ قرنية المريض دون استئذان أهله، وعند معرفة ذلك كان الأهل يقومون بإبلاغ النيابة التي تأمر بحبس الطبيب، ثم يفرج عنه عندما يظهر أنه ينفذ القانون، وهو ما أدى إلى تعطيل تنفيذ عمليات زرع القرنية.. مع العلم أن لدى هيئة التأمين الصحي في الوقت الحاضر قائمة بها ألف مريض قي انتظار زرع قرنية، ولذلك تعتزم الهيئة توقيع عقد مع أربع مستشفيات خاصة لزرع قرنيات مستوردة بتكلفة تتعدى ٧ مليون جنيه.

- تسعى الهيئة مع لجنة الصحة ولجنة المقترحات والشكاوى بمجلس الشعب لزيادة الرسم الموضوع على علب السجائر لصالح هيئة التأمين الصحي، وكان قد تم وضع هذا الرسم في عام ١٩٩٤ عندما كانت لا تزال هناك قيمة شرائية للعشرة قروش، وقد وافقت كل من لجنة الصحة ولجنة المقترحات والشكاوى على تحقيق هذه الزيادة والذي تم تحويله إلى وزارة المالية للتنفيذ.

تطوير التأمين الصحي

على الرغم من أن ورشة العمل كانت مخصصة لمناقشة قضايا الفساد في بعض قطاعات الرعاية والخدمة الصحية ومنها قطاع التأمين الصحي إلا أن قضية تطوير الهيئة ونظام إدارة الخدمات الصحية طرح نفسه وبقوة خلال الحوارات خاصة الجلسة الخاصة بمواجهة أشكال الفساد في هيئة التأمين الصحي حيث كان تطوير نظام التأمين الصحي بمثابة الخلفية التي دارت فيها معظم الحوارات المتعلقة بمواجهة أشكال الفساد المتنوعة خاصة في ظل المشكلات المتفاقمة التي تعاني منها هيئة التأمين الصحي؛ حيث تعاني هيئة التأمين الصحي من مشكلة محدودية مواردها والتي يحددها القانون وتشمل على الاشتراكات والمساهمات من خارج الاشتراكات، وتصل ميزانية هيئة التأمين الصحي إلى حوالي ٢,٢ مليار جنيه تغطي ٣٦ مليون منتفع، أي أن هناك ما يوازي ٥٤ جنيها للشخص الواحد، وهو مبلغ غير كاف لتلبية توقعات المنتفعين في الحصول على خدمة، ناهيك عن الخدمات العلاجية عالية التكلفة مثل زراعة الكبد أو زراعة النخاع وغير ذلك من العمليات المكلفة. كما أن مشكلة الأدوية والتي ينفق عليها سنويا حوالي ٧٠٠ مليون جنيه من إجمالي ميزانية الهيئة يعبر عن ضخامة ما يستخدم في هذا البند وذلك بالرغم من كل الشكاوى حيث يشير هذا المبلغ الضخم إلى سفه شديد في استخدام الأدوية يشارك فيه الأطباء والمرضى والذي سوف يزداد إذا ما لم يتم وضع بعض الوسائل الرقابية للحد منه. وذلك بالرغم من عدم وجود مصادر دخل تغطي تكلفة الخدمة الفعلية التي يقدمها التأمين الصحي.

هذا وتعتبر مشكلة إتاحة واستخدام البيانات من أبرز المشاكل التي تواجهها هيئة التأمين الصحي مثلها مثل كل الهيئات الحكومية والتي يوجد بها كنـز من البيانات الصحية والتي لا تستخدم أو تسمح لأحد بالإطلاع عليها وتوظيفها، حيث يمتلك التأمين الصحي على سبيل المثال أرشيفاً خاصاً به يمكن أن يوجد به ملف لكل مريض تم علاجه منذ عشر سنوات، ومثل هذه المعلومات غير موجود في أي مكان في مصر وحتى في الجامعة.

وتأتي مناقشة تطوير نظام التأمين الصحي من خلال أهمية الموضوع بالنسبة لقطاع الصحة بالإضافة إلى الغموض في بعض الأهداف التي ترمي إلى تطوير نظام التأمين الصحي وتضارب الأفكار حولها مثل هل يتم البدء أولا بإعادة هيكلة هيئة التأمين الصحي بمعنى البناء على ما هو موجود وليس هدمه والعمل على التقليل من التوقعات من الخدمات وذلك على أساس ما هو متوافر من موارد أم العمل على زيادة الميزانية الخاصة بالتأمين الصحي بالإضافة إلى الاختيار بين تقديم الخدمة من خلال هيئة التأمين الصحي أو أن يتم شراؤها من مؤسسات أخرى لخدمة المنتفعين كذلك الاختيار في التطوير ما بين حساب التكلفة بناء على تكلفة الخدمة أو على أساس التكلفة مضافا إليها بعض الربح وكذلك تقديم الخدمة في مستشفيات التأمين الصحي بالإضافة إلى مستشفيات القطاع الخاص، وما يترتب ذلك من ضرورة وضع خطط بناءه لهذه البدائل.

ومن الملاحظ أن المشكلات التي يعاني منها قطاع التأمين الصحي تعاني منها أيضا بقية القطاعات الأخرى، أي أن المشكلة ليست في فكرة التأمين الصحي ذاتها كما يرى البعض، والذي يجب الحفاظ عليه وحتى لو كان يعاني من عيوب يجب العمل على إصلاحها، وبالنسبة لمشكلة الموارد المالية فإن الدولة يقع عليها عبء البحث عن وسيلة لدعم هذا الصرح والذي منذ تم إنشاؤه في الإسكندرية وهو يؤدي عملا جليلا، وعليه عبء كبير، فضلا عن مميزات كثيرة غير موجودة في أي جهة أخرى.

ورغم أن اتجاهات التطوير الساعية إلى فصل تقديم الخدمة عن التمويل، وهو أمر لا يتناسب مع ظروف الواقع المصري حيث توجد مناطق محرومة من كافة مؤسسات الخدمة والرعاية الصحية مثل حلايب وشلاتين وسفاجة والقصير ومرسى علم والفرافرة وسيوه، وبالتالي يصبح الغرض الأساسي من طرح هذه الأفكار هو خصخصة مؤسسات التأمين الصحي بأساليب غير واضحة، وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى تدمير التأمين الصحي، وهو مؤسسة كبيرة عليها مسئولية تقديم خدمات أفقية ورأسية، وتقوم بتقديم الخدمات منذ الستينيات، ولديها من الكفاءات العملية أعداد تراكمت على مر السنين وقامت بإعداد بعضها، ولا يمكن أن يطلب الآن من التأمين الصحي أن يقوم تدبير تمويل خارجي للخدمات المقدمة تحت شعار توفير بعض الأموال، حيث أن القضية لا تتعلق بتوفير الأموال ولكن بالنظر في مجالات صرف هذه الأموال. ومعنى ذلك أن الأمر ليس مجرد الحفاظ على هيئة التأمين الصحي كمبان وأراضٍ، بل أيضا المحافظة على الكفاءات العملية التي تربت فيها وتراكمت داخلها والحيلولة دون السماح للفساد بالتسرب وتدمير هذه المؤسسة التي تخدم قطاعا كبيرا من الشعب، خاصة وأن فصل التمويل عن الخدمة هو مبدأ لا يمكن تطبيقه على المؤسسات الصحية للقطاع الخاص، بل الحديث يقصد به إنهاء القطاع العام بمنع التمويل عنه وتحويله إلى شركات تبحث عن تمويل. لهذا يجب إعادة النظر في مثل هذه المفاهيم خاصة مفهوم فصل التمويل عن الخدمة.

وتنادي بعض الآراء التي تدعو إلى التطوير قضية التطوير دون مناقشة الحلول للعديد من الآثار الجانبية السلبية المرتبطة بمشروع التطوير الذي ينادون به حيث يعمل في هيئة التأمين الصحي حوالي ١٧٥٠٠ موظف غير مثبتين لا يتعرض أصحاب هذة الآراء إلي التفكير في مصيرهم بالإضافة إلى مشكلة معاشات العاملين السابقين في الهيئة من الأطباء والصيادلة وغيرهم والتي يتم تحصيل قيمتها من الدمغة الطبية، والتي ستختفي بعد أن يتم تطبيق مشروع التطوير، وبالتالي لم يتم التفكير في طريقة بديلة عن الكيفية التي سيتم من خلالها

تمويل معاشات العاملين السابقين ؟ وبالطبع فإن المشكلة ترتبط بوزارة الصحة والتي ليست بمفردها المسئولة عن الصحة في مصر، فالجيش له قطاع صحي منفصل وله مستشفياته ومصانع الأدوية الخاصة به والتي لا يتناولها الموضوع بالبحث، كذلك توجد المستشفيات الجامعية والتي تتبع وزارة التعليم العالي ولها نظامها الخاص، وهو ما يعقد مشكلة وضع نظام شامل وواحد للتأمين الصحي يشمل كل المواطنين.

إن مشروعات التطوير التي تستند إلى انخفاض حجم التمويل وبالتالي تأثيره على مستوى جودة الخدمة، لم تعتمد على استخدام البيانات المتاحة في حساب اقتصاديات الخدمة التي يقدمها التأمين وهل تكلفتها معقولة أم لا، فميزانية التأمين الصحي إذا تم تقسيمها على عدد المنتفعين يكون نصيب الفرد الواحد ٥٤ جنيها، وهو رقم يبدو للوهلة الأولى في منتهى الضآلة، ولكن إذا تم حساب نصيب الفرد على أساس أن فلسفة التـأمين الصحي التي تقوم على المشاركة في المخاطر لابد أن تتبع حسابات اكتوارية، بمعنى حسابات نسبة المخاطرة والتكلفة وعدد المستفيدين فعلا من الخدمات، وهو ما سنجد معه أن الـ ٣٦ مليون فرد المؤمن عليهم سنويا لا يستخدمون كلهم هذا التأمين، ومن هنا تأتي الحاجة إلى حسابات التكلفة وإلى معرفة متوسط نصيب المواطن وكم يتكلف خاصة أن هناك منتفع ينفق على علاجه بدرجة أكبر من منتفع آخر لاختلاف المرض وبالتالي نوعية الخدمة المطلوبة، ولذلك فإن البيانات المتوفرة عبر سنين طويلة وغير المنشورة والتي تعتبر منجم معلومات هي التي يمكن من خلالها حساب التكلفة بشكل صحيح.

كذلك تهدف مشروعات التطوير المطروحة إلى اللجوء إلى المؤسسات الخاصة لتقديم الخدمة إلا أن ذلك يمكن أن يعتبر شكل من أشكال الهدر الواضحة، فعلى الرغم من أنه يتم سنويا إنفاق ٢٢ مليار جنيه على الصحة في مصر، منها ما يصل إلى ١٠ إلى ١٢ مليار من مساهمات المواطنين إلا أن المواطنين يحصلون على أقل مردود ممكن لهذه النفقات، وفى نفس الوقت ينفق القومسيون الطبي العام ١,٨ مليار جنيه لعلاج مليون مواطن، وهو مبلغ

يكفى لتوفير خدمة التأمين الصحي لأربعة ملايين مواطن، وهو مبلغ يكاد يقترب من ميزانية التأمين الصحي الحالية والتي تصل إلى ٢,٢ مليار جنيه تقدم من خلالها خدمات التأمين الصحي لحوالي ٣٦ مليون مواطن، وتشير هذه الأرقام إلى مستوى الهدر في الموارد التي تقدم من خلال الخدمات العلاجية التي تقدم من خلال القومسيون العام، ولذلك فإن ترشيد استخدام هذه الموارد تأتي من ضخامة الخدمات التي يقدمها التأمين الصحي بنفس المبلغ تقريبا وهو المبلغ الذي يترجم إلى أربعمائة ألف عملية جراحية، منها حوالي ٦٢٠ عملية زرع مفصل، يبلغ متوسط تكلفة الواحدة منها حوالي ٣٧٧٠ جنيه، بينما نفس العملية تتم في المستشفيات الخاصة بتكلفة تتراوح ما بين ١٨ ٠٠٠ إلى ٢٦٠٠٠ جنيه، مع العلم أن هذا الفرق تدفعه الدولة نتيجة اللجوء إلى القطاع الخاص للحصول على الخدمة، وهى الخدمة التي من الأفضل طبقا لمنطق الاقتصاد والترشيد أن يُدعم التأمين الصحي لتقديمها، لأنه يمتلك المؤسسات الطبية القادرة على أداء الخدمات مع قليل من التحسين والرقابة وتحديث الإدارة. ومعنى ذلك أن مشروعات تطوير التأمين الصحي المطروحة تضعنا أمام خيارين إما دفع التكلفة الفعلية أو دفع التكلفة مضافا إليها الأرباح المبالغ فيها للمؤسسات الخاصة وهو ما يعد اختيارا سياسيا، يرتبط بمواجهة أحد أهم أشكال الفساد التي ترتبط باستنزاف أموال دافعي الضرائب.

وعلى أساس هذه المناقشات الخاصة بقضية تطوير نظام التأمين الصحي يمكن مناقشة الموضوع من خلال توضيح أنه لا توجد خطط سرية لتطوير نظام التأمين الصحي، وكل ما هو مطروح هو السعي لمد مظلة التأمين الصحي لتشمل كل مواطن، وذلك مع حلول عام ٢٠١٠، والخطط بهذا الصدد موجودة ومتاحة، ولم توضع في اجتماعات الغرف المغلقة، بل بالتشاور مع كافة المنظمات العالمية عبر دراسة كافة النظم المختلفة في دول العالم من أجل الوصول إلى الشكل الأنسب لظروف المجتمع المصري مع التأكد أن لا تصل معلومات غير صحيحة للمواطنين حول اتجاهات تطوير نظام التأمين الصحي ولذلك يجب مشاركة الدولة وتوضيح

أنه ليس هناك شيء يتم في الخفاء وأن المناقشات تستهدف الخروج من الوضع الحالي وتدهور مستوى الخدمات الصحية، وعدم حصول المواطنين على حقهم الطبيعي في الرعاية الصحية بجودة عالية، والتي يرجع سببها إلى أن مؤسسات الرعاية الصحية سواء المؤسسات الأولى أو الثانية أو الثالثة، لا تعمل بشكل جيد، مما يدفع المواطنين للاستياء، رغم مساهماتهم بحوالي ٦٠٪ من تكلفة العلاج، أي أنه ليس علاجا مجانيا ولذلك يجب مواجهة الواقع وأن يتم اختيار أحد البدائل، والذي بالتأكيد لن يحظى بموافقة الجميع.

فلسفة الخدمة الصحية.. الانحياز إلى الفقراء

ومن المهم التأكيد على أن أي سياسة لتقديم الخدمات يجب أن تسير على نهج فلسفة رئيسية مفادها الانحياز للفقراء وأن لا يكون هناك تلاعب بمصالحهم، علما بأن الضرائب ستتحمل العبء الذي لا يستطيع أن يتحمله غير القادرين وبالطبع يجب التأكيد على أن التوجهات الخاصة بمشروع تطوير هيئة التأمين الصحي ليست ابتداعا مصريا ولكنها موجودة في الكثير من بلدان العالم وتقوم عناصرها الأساسية على أساس التنافسية في مستوى جودة الخدمة وتكلفتها، وعدم الاحتكار في تقديم الخدمة من قبل أي مؤسسة أو جهة وكذلك فصل الخدمة عن التمويل. وأن توجهات التطوير ترتكز على ثلاثة مبادئ أساسية حاكمة بأن الملكية هي ملكية الشعب، بمعنى أن ملكية مستشفيات وزارة الصحة ستظل مِلك الشعب. وأن لا تصبح وزارة الصحة هي مقدِّم الخدمة الرئيسي، بل سيتغير دورها بحيث تقوم بدور المنظِّم والضامن لعدالة توزيع الخدمة وحصول غير القادر على حقه. بالإضافة أنه يجب على مقدمي الخدمة التنافس للحصول على العميل عبر تجويد الخدمة، لأنه في جميع الأحوال توجد جهة ستقوم بسداد هذه التكلفة، وهذه الجهة لن تكون المواطن الفقير، بل الصندوق الذي سوف تتم إدارته بشكل صارم.

هذا وتعتمد جميع الأفكار السابقة على أسس ومبادئ تضمن توفر شروط جودة الخدمة الصحية وتهميش أشكال الفساد المرتبطة بها إلى أدني درجة، ولذلك فإن التصورات المطروحة في هذا الإطار لتطوير نظام التأمين الصحي اعتمدت على دراسات عالمية توضح كيف سيحافظ هذا النظام إذا تم تنفيذه على حق الأقل قدرة وعلى حق الفقراء، ولن تكون هناك خصخصة في الموضوع، فالملكية هي ملكية الشعب وصندوق التأمين ستكون ملكيته لدافعي الضرائب أي المواطنين، والذي يجب أن يدار بطريقة سليمة واقتصادية وإذا لم تكن هناك شفافية فسيكون هناك فرص سانحة للفساد ونهب الأموال الكثيرة التي سيتم جمعها لتسديد تكاليف العلاج في أماكن تقديم الخدمة.

وأخيرا فإن فكرة الفصل بين التمويل وتقديم الخدمة ليست اختراعا، بل أنها تستخدم لمواجهة تضارب المصالح، فإذا كان صاحب المؤسسة هو ذاته مقدِّم الخدمة، فسوف ينشأ عن ذلك مصالح متعارضة فمتلقي الخدمة لابد أن يحصل على حقه، وصاحب المؤسسة لابد أن يدير هذه الأموال بشكل اقتصادي جيد. وفي نهاية الأمر، فكل غير قادر على دفعها يجب على الدولة أن تتولى دفعها عنه.

ويبقى أن نتذكر أن هذه الحوارات عن قضية الإصلاح وأهميتها، تكشف عدم الخلاف حول الإصلاح ذاته، ولكن الخلاف يدور حول كيفية تطبيق الإصلاح والسياسات المرتبطة به، حيث يرى البعض أن الإصلاح لن يتم إلا عبر نظام السوق والرأسمالية، وبينما يرى البعض الآخر أن الإصلاح يمكن تحقيقه من خلال انتهاج أساليب تدعم مزيد من تدخل الدولة، وهذا الاختلاف طبيعي ومقبول إلا أنه من غير المقبول تطبيق القشور الخاصة بالرأسمالية لأن هذا سوف يؤدي حتما إلى تدمير الاقتصاد المصري، ولذلك يجب أن يتم الاحتكام إلى الدستور وأي نظام أو أي تشريع لأن أي خروج عن هذه المبادئ يعتبر فسادا تشريعيا.

والخلاصة أن ملاحظة التأمين الصحي لتشمل كل السكان يجب أن يسبق إصلاح النظام الحالي بدلا من مضاعفة المشاكل الحالية ومهما كانت الحلول يظل الحل الأمثل هو تمكين المنتفعين والممولين أي العاملين وأصحاب العمل – من إدارة التأمين الصحي على مستوى المحافظات والمحليات حيث أنه الأسلوب الذي نجح في كافة الدول الصناعية والنامية مع ضرورة العمل علي محاربة ازدواجية المعايير في ممارسة الصلاح داخل التأمين الصحي والتمويل من أو إلى العيادات الخاصة.

الفصـل الرابع

التطعيمات والأمصال الفاسدة

(المخاطر والآثار الصحية)



يعتبر الفساد الموجود في قطاع الأدوية مشكلة عالمية وليس مجرد مشكلة محلية، فالغش والفساد في قطاع الدواء في الدول المتقدمة تصل نسبته إلى حوالي ١٠٪، بينما تصل نسبته إلى حوالي ٥٠٪ وفي الدول النامية. وهو الأمر الذي يؤكد مدى خطورة وصول مظاهر الفساد إلى هذا القطاع، خاصة ما يتعلق بالأمصال واللقاحات والتي تعد عصب الرعاية الصحية، فهي قاعدة الرعاية الأساسية، والتي تشكل حوالي ٧٠٪ من الرعاية الصحية.

إن تقديم الرعاية الصحية الأساسية بشكل صحيح يوفر للمجتمع أفضل الشروط لتزايد الإنتاجية أو النمو الاقتصادي، وتوفير حياة صحية آمنة للمواطنين. ولذلك فإن الدولة في أي مجتمع تتحمل مسئولية الرعاية الصحية الأساسية، ولذلك علي حسب ما يتوفر لها من قدرات وموارد وإمكانيات على تقديم هذه الخدمة.

لهذا ترتبط مواجهة أي مظاهر للفساد في مجال توفير الأمصال واللقاحات بالسعي المباشر لتطوير وتحسين مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية الأساسية حيث تقوم عليها كل السياسات والبرامج الوقائية، وذلك لأن الوقاية تعنى الحفاظ على صحة المجتمع، ومن المعروف أن أول الآثار المترتبة على الفساد في هذا القطاع هي الوفاة، ففي نيجيريا – على سبيل المثال والتي تعاني من نسبة كبيرة من الفساد– حدث في عام **١٩٩٥** أن توفيت **٢٥٠٠** حالة من تطعيم ضد الحمى الشوكية، لأن التطعيم لم يكن يحتوي على المادة الفعالة.

وفي مصر تتحمل هيئة المصل واللقاح مسئولية إنتاج أو استيراد أو توزيع الأمصال واللقاحات وتعتبر هذة الهيئة بمثابة قاعدة الارتكاز في تنفيذ السياسات الوقائية من خلال الأمصال والتطعيمات التي تتيحها مثل التطعيم بمصل شلل الأطفال، وقد تناولت الصحافة في الأشهر الأخيرة حملة واسعة للكشف عن أشكال الفساد داخل هذه الهيئة والتي تتحمل مسئولية أساسية عن صحة المصريين، وقد تناولت هذه الحملة صلاحية بعض الأمصال التي تقدمها الهيئة مثل مصل شلل الأطفال، الأمر الذي أثار قدرا كبيرا من اللغط وافتقاد الثقة لدى قطاعات ليست هينة من الرأي العام حول ما تقدمة الهيئة من أمصال، وبروز صفقات

خاصة للتربح كان من نتيجتها زعزعة الثقة وما أدت إليه من تردد الأهالي في تطعيم أطفالهم بالأمصال الفاسدة التي تقدمها الهيئة مجانا، وما صاحب ذلك من تشكيل جماعة مصالح تضغط بدرجة كبيرة لمقاومة عمليات الإصلاح لتناقضه مع مصالحهم المباشرة.

الأمصال والأدوية

يعد قطاع الدواء من أكثر القطاعات حساسية لأي مظهر من مظاهر الفساد وأكثرها تأثيرا على صحة المواطن، لأن الدواء أو الأمصال هي من السلع التي لا يكون لمشتريها أي اختيار، وبالتالي فهي تعتبر من السلع الحاكمة، ولذلك يمتلك تجار الأدوية قوة طاغية في فرض نفوذهم وأحيانا شروطهم، ولذلك يعتبر التعامل مع مظاهر الفساد في هذا القطاع أمرا ليس سهلا، ويحتاج إلى ذكاء شديد وقوة كبيرة ومساندة قانونية.

وبالنظر إلى موضوع توفير الأمصال واللقاحات نجد أن هيئة المصل واللقاح تنتج مواد بسيطة مثل أمصال مضادة لسم العقرب والثعبان وغيرها من المنتجات مع الاستعانة بعامل مشترك مستورد، ولكن معظم الأمصال واللقاحات الأخرى يتم استيرادها، ولا توجد في الهيئة المقدرة الإنتاجية لسد احتياجات السوق، ولذلك فإن أغلب الأمصال مستوردة من "معهد باستير" كما أن هناك أمصال تأتي من الهند ومن الصين نتيجة لموافقة منظمة الصحة العالمية عليها. وتشير التقارير إلى أنّ رئيس هيئة المصل واللقاح حوّل الهيئة إلى ما يشبه الشركة الخاصة ولقد كشفت بعض الممارسات عن وجود وقائع فساد غاية في الخطورة لعل من أبرزها الإهمال الذي يرقى إلى مرتبة الفساد، فرغم الادعاء بتصنيع الأنسولين في مصر، وتبني رئيس هيئة المصل واللقاح حملة صحفية مدفوعة الأجر، تشير إلى أنّ مصر تقوم بصناعة الأنسولين مع العلم بأنّ صناعة الأنسولين تحتاج مستوى معرفيا وتقنيا غير متوفر في مصر، ولا يتم إنتاجه بالمواصفات العالمية إلا في ثلاث دول هي فرنسا – ألمانيا – إنجلترا، وأن هذه الشركات المنتجة للمصل والتي تعمل على حسب المواصفات العالمية GMB ولها حق التصدير، لم تعط هذه

المعرفة إلى هيئة المصل واللقاح، ولذلك قام رئيس هيئة المصل واللقاح بشراء الأنسولين من الصين والذي كان غير المطابق للمواصفات العالمية، بما قيمته ثلاثين مليون دولار وبمواصفات غير مقبولة في الدول الأوروبية، ولا تنطبق عليه المواصفات العالمية مثل الـGMB، كما أن الأنسولين الصيني يأتي على صورة Bulk من الخارج وتتم تعبئته بطرق بدائية لا يطبق فيها أية مواصفات للصحة مما يهدد بمزيد من الأضرار الصحية لمرضى السكر، والأكثر من ذلك أنه تم استخراج الموافقات عليها من الأجهزة الرقابية لوزارة الصحة، كما تم إعطاء التوزيع إلى شركة خاصة بالأمر المباشر، وكنتيجة لذلك فالأنسولين الصيني الذي كلف الدولة مبالغ طائلة يرفض المرضى استخدامه ويظل راكدا في الصيدليات إلى تنتهي صلاحيته مما يعتبر هدرا للأموال بدون أي فائدة وذلك على الرغم من أن الوزارة تحدد دول المنشأ التي تعمل في الأمصال ونوعيتها، كما أن مواصفاته يتم تحديدها بمعرفة منظمة الصحة العالمية.

هذا وقد امتدت وقائع الفساد إلى مشتقات الدم، وبالرغم من وجود معايير وضوابط ومواصفات بخصوص التعامل مع الدم ومشتقاته وضعها بنك الدم المركزي، وهى معايير تدعو للثقة وتقدم دما آمنا لو طبقت إلا أنه يتم الاتجار بدماء البشر، في مجتمع تصل فيه نسبة الإصابة بالالتهاب الكبدي الوبائي على حسب أحسن تقديرات إلى حوالي ٢٠٪، ولدى الأكثر تشاؤما إلى حوالي ما بين ٥٠-٦٠٪، حيث يتم الحصول على مشتقات الدم دون أي احتياطات وهو ما يعد بمثابة الكارثة القومية، لأنه من المخيف وغير الآدمي أن يقدم لشخص بين الحياة والموت، دماء أو مشتقات منها مأخوذة من شخص مصاب، ويشير أحد الأبحاث التي تمت في مركز الكلى عن الالتهاب الكبدي الوبائي "فيروس سى"، أن من نتائجه أن نسبة ١٣,٤٪ من جميع أكياس الدم التي تأتي إليهم مصابه بالفيروس!!.

ومن المظاهر الأخرى نجد موضوع الحصول على العمولات والرشاوى وهو شكل آخر من أشكال الفساد ومن أبرز وقائعه على - سبيل المثال - توقف عمليات شراء مصنع لإنتاج مشتقات الدم، حيث تستورد مصر بما قيمته سبعين مليون دولار سنويا من مشتقات الدم،

وحينما طرح شراء مصنع لم تتجاوز تكلفته طبقا لكراسات الشروط بسبعة عشر مليون يورو لإنتاج مشتقات الدم، حيث أعلنت عن مناقصة عالمية لإقامة المصنع واشتركت فيها ثلاث شركات من ألمانيا وفرنسا وإنجلترا، ورست المناقصة على الشركة الفرنسية والإنجليزية لإقامة هذا المشروع بإنتاج العقار بترخيص خاص، ثم تم إيقاف عملية شراء المصنع بعد أن كشفت المفاوضات عن محاولات رفع سعره إلى ٣١ مليون يورو، لتبرير الاستيلاء على عمولة غير قانونية تصل إلى ٢مليون يورو، أي أنه يتم شراء مصانع بأعلى من سعرها لمجرد التربح والحصول على عمولات غير قانونية!. وبسبب ذلك دخلت الهيئة في نزاع قانوني أمام الشركات المشار إليها مما أدى إلى خسارة أخرى لتعويض الشركات بمبالغ إضافية، واستمر الاستيراد من الخارج، حيث أُعطي حق الاستيراد لشركات خاصة ترتبط ببعض الصلات مع رئيس الهيئة.

كذلك يتم تعيين المستشارين بمرتبات كبيرة وإسناد عمليات إنشائية ليس لها مبرر واستيراد معدات من الخارج لمجرد الحصول على العمولات، ومن أبرز وقائع الفساد في هذا المجال قيام رئيس الهيئة بتعيين أحد معارفه مستشارًا بالهيئة بمبلغ قدره ١٠٠ ألف جنيه شهريًا وهو الأمر الذي أثبتته تحقيقات الرقابة الإدارية ضمن المخالفات الإدارية. كما قام بتعيين شخص آخر كرئيس لشركة التكنولوجيا للمصل واللقاح، وأعطي نجل رئيس الشركة حق توزيع واستيراد بعض الأمصال ومشتقات الدم وهي شركة خاصة تعمل كستار للحصول على عمولات وبعض الأشكال الأخرى من المخالفات. بالإضافة إلى أنه تم إسناد جميع الأعمال الإنشائية إلى شركة خاصة بالأمر المباشر مخالفة للقانون، كما اشترط على الشركات الأجنبية التعامل مع هذه الشركة. وإلي جانب ذلك توجد معدات طبية خاصة بالهيئة تقدر بملايين الجنيهات لازالت حبيسة الصناديق ودون إقامة المباني الخاصة بها وكان الغرض منها فقط هو الحصول على عمولات من الشركات الموردة.

هذا ويجري استيراد التطعيمات والأمصال من جهات كثيرة ومن شركات مختلفة عن طريق المناقصات أو الممارسات التي ينقصها التوصيف، والأكثر من ذلك أنّ الأمصال التي

يتم استيرادها تخالف دول المنشأ التي حددتها وزارة الصحة، وغير مطابقة للمواصفات العالمية ولا تستعمل إلا في الصين ومصر فقط. كما أن عمليات التعبئة التي تقوم بها هيئة المصل واللقاح تتم بوسائل بدائية لا تراعي الحد الأدنى من الشروط والمواصفات الصحية مما يعرض حياة المواطنين لخطر داهم.

وعلى الرغم من ارتفاع أسعار الأمصال المستوردة بنسبة تزيد عن ٥٠٠ ٪ خلال السنوات الثلاث السابقة، يتم إضافة ما يصل إلى ٦٠٪ على سعر البيع للمستهلك، وهو أحد أشكال التربح غير المبررة. كما أن الأمصال يتم توزيعها في حاويات مثلجة، لا تتمتع بالضرورة بالشروط اللازمة للحفظ والتخزين للحفاظ على الطعوم بدون أن تفسد. هذا بالإضافة إلى عدم وجود بروتوكولات تنظم إعطاء التطعيمات والأمصال!، فعلى سبيل المثال تعد مصر أكثر بلد في العالم يقوم بالتطعيم ضد شلل الأطفال، حيث يتم إجراء التطعيم للأطفال في سن شهرين ثم أربعة أشهر ثم ستة أشهر ثم عام ونصف، إلا أننا في مصر نقوم بحملة التطعيم سنويا لكل الأطفال، وصحيح أن هذا قد ساهم في القضاء على مرض شلل الأطفال، ولكن السؤال هو هل نجحنا في القضاء على هذا المرض بالتكلفة التي كان يجب تقديمها، أم أن هناك تكلفة إضافية بها شبهة تربح لطرف خفي؟

ويقوم بعض الأطباء بعمل تجارب معملية على التطعيمات الجديدة بطلب من الشركات غير المنتجة وبدون تصريح أو ترخيص على الرغم من أن نجاح بعض التطعيمات في مناطق أخرى من العالم لا يعني نجاحها في مصر، بالإضافة لاختلاف معايير تطبيق واختبار هذه الطعوم من بلد لآخر.

ولا تقتصر أشكال الفساد على إتاحة الأمصال للمواطنين بل إنها إمتدت أيضا لصناعة الدواء وإتاحته للمرضى وهو ما يضاعف من التأثيرات السلبية للفساد خاصة في المجتمع المصري، حيث إن ما ينفق على الدواء في مصر من جملة الإنفاق الطبي تتراوح نسبته بين ٤٠ إلى ٦٠٪ في حين أن أكثر الدول تقدما لا يمثل الدواء فيها أكثر من ٢٥ إلى ٣٠٪. ومن المعروف

أن المجتمع المصري يعاني من قلة الموارد المخصصة لقطاع العمل، كما يعاني المسئولون عن تصنيع الأدوية وتوزيعها والمراقبة عليها بالإضافة إلى المسئولين عن وضع التشريعات لتنظيم التعامل بها، وهي أمور تحتاج إلى أن توضع على أولوية الاهتمام في قضايا الإصلاح حرصا على صحة المواطن، حيث إن الجرائم في مجال الدواء تمتد آثارها إلى مخاطر كبيرة ولا تظهر في ساعات بل على مدى طويل وتكون مجهولة المصدر، مما يسمح للجناة والفاسدين بالإفلات.

وإذا كانت هذه الصور والتي تعبر عن أشكال الفساد وتخيم علي قطاع المصل واللقاح، فإن الصورة في قطاع الأدوية تعتبر أشد قتامه وهناك من الأمثلة التي تؤكد على هذه الصور والتي من بينها عدم وضع المادة الفعالة بالمقادير المضبوطة أو الكاملة ففي بعض الأحيان توضع بنسبة أقل من اللازم، أو تُبدل الخامة المسعر عليها الدواء بخامة من بلد منشأ آخر أقل جودة وسعرا. كما يتم إنتاج الأدوية بطريقة مخالفة للمعايير التي تضمن سلامة وجودة المنتج النهائي، مثل تصنيع الأدوية في أماكن غير سليمة، كما أنه من المعروف أن بعض هذه المنتجات ليس لها علاقة بالدواء أصلا، وقد تم ضبط بعض الحالات التي استخدم فيها الأسمنت أو الجير الأبيض وتمت تعبئته في كبسولات وبيعه على أنه مضاد حيوي!!.

وتشير بعض الدلائل على أنه يتم شراء مصانع بسعر غير حقيقي ومغالى فيه عن تقدير سوق المال مما يدفع الشركات لتحميل المنتج النهائي فروق هذه الأسعار التي يتحملها في النهاية المواطن، والذي يتحمل أيضا المغالاة في سعر شراء المادة الفاعلة أو الخامات الداخلة في صناعة الدواء. بالإضافة إلى التكاليف الأخرى والتي تتعلق بتنظيم المؤتمرات العلمية والتي هي في الأساس نشاط دعائي من قبل شركات الأدوية في المناطق السياحية بدلا من الأماكن العلمية والتي تعتبر رشوة مقنعة، ويدخل في تلك الممارسات أيضا قيام بعض الشركات بترك بعض أصناف الدواء لدى عيادات الأطباء لبيعها للجمهور مباشرة. وقد تصل الأمور إلى أن يتم تكوين شركات عائلية خاصة من أبناء رؤساء مصانع الأدوية الحكومية لتوريد مواد أولية

وخامات للمصانع الحكومية وعدم طرح شراء احتياجات هذه المصانع من خامات إنتاج الدواء من السوق المحلي أو العالمي بالطرق القانونية.

كذلك توجد ظاهرة قيام بعض الشركات الحكومة المصرية الكبرى بالتجارة في بيع الأدوية للجمهور بتخفيضات كبيرة وبطرق عشوائية وداخل صيدليات لا تحمل تراخيص الأمر الذي يؤدي إلى فساد وفوضى في سوق الدواء وظهور بعض الأنواع التي نفدت صلاحيتها أو المغشوشة وكذلك قيام وزارة الصحة ببيع الأدوية الخاصة بالمناقصات وشراء والاتجار في أدوية أخرى داخل المستشفيات، وهو ما جعل لكل صنف سعرين يتم تقسيم أرباحه على العاملين عن طريق صندوق للخدمة. بالإضافة إلى قيام شركات الأدوية بعدم أخذ المرتجعات والبيع نقدا بطريقة فجائية وتقليل هامش الربح رغم أن نسبة الربح لكل من المنتج والموزع والصيدلي تعتبر العامل الأساسي في تسعير الدواء.

هذا ويؤدي عدم توحيد أصناف المناقصة بين وزارة الصحة والمستشفيات الجامعية إلي وجود بعض الاحتمالات للفساد في مناقصة المستشفيات الجامعية بالإضافة إلي وجود بعض الشبهات في مثل هذه الإجراءات. كما أن عدم ختم دواء المناقصة في عملية إرساء المناقصات بالختم الخاص يسهل السرقة والنهب والبيع. هذا بالإضافة إلى أن جميع الصيدليات الحكومية غير مرخصة وكذلك صيدليات التأمين الصحي والقطاع العام غير مرخصة وبسبب ذلك لا تتم متابعة انطباق شروط تخرين الدواء على حسب المواصفات المحددة.

كما يتم في بعض الحالات بيع أدوية بعض الشركات إلى تجار الخردوات والجملة بمناطق العتبة والأزهر مباشرة من شركات الدواء المنتجة وبسعر أقل مما يباع للصيدليات. وفي حالات كثيرة لا تعطى عملية التخلص من الأدوية التالفة ومنتهية الصلاحية أي اهتمام للتخلص منها مما يتسبب في تسريب جزء كبير منها وعرضه في السوق للبيع. كما أن من أبرز أشكال الفساد المرتبطة بفوضى سوق الدواء، ووجود بعض العاملين في الصيدليات ليس لهم أى علاقة بمهنة الصيدلة، فضلا عن انتشار الصيدليات غير المرخصة. ومن الأنواع الأخرى

والتي ترتبط بموضوع الفساد في الأدوية أن هناك حالات يتم فيها سرقة بعض الملفات من وزارة الصحة التي تتقدم بها بعض شركات الأدوية لتسجيل أصناف جديدة ويتم إعطاؤها لأصحاب المصانع والتي يقدم نفس التراكيب بعد تغيرات بسيطة بأسماء أخرى جديدة.

هذه الأنماط المتعددة من الفساد والغش في إنتاج الأدوية والأمصال يؤدى بعضها مباشرة وفى كثير من الأحيان إلى الوفاة أو إلى زيادة استفحال المرض، وحول موضوع التطعيم والذي يهدف إلى خلو الأجيال القادمة من الأمراض، إلا أن الفساد فيها يفاجئ المجتمع بأجيال مريضة أو تحمل المرض، وهو ما يشكل عبئا كبيرا على المجتمع والفرد المريض والنموذج الصارخ لهذا هو مرض شلل الأطفال، فهناك فارق كبير بين أن يخرج للمجتمع الطفل سليما معافى أو طفل يعاني من شلل الأطفال كما يعاني اجتماعيا كمعاق. إن زيادة عبء المرض يعني مزيداً من الأعباء الاجتماعية والمالية؛ وهو ما يؤثر سلبا على المجتمع ككل وعلى خطط ومعدلات التنمية البشرية، وهذه من ناحية تعتبر موضوعات جديدة من الفساد في مجال تداول الأدوية والأمصال، بالإضافة إلى فقدان الثقة في مؤسسات الرعاية الصحية.

ضرورة محاربة الفساد

ورغم وجود الجهات الرقابية إلا ان الفساد المرتبط بإتاحة الأمصال والأدوية كما يتضح من العرض السابق واسع النطاق ويحتاج إلى الضرب عليه بيد من حديد، وبداية المعركة ضد الفساد هي الكشف عن أسبابه والعوامل المشجعة على تفشيه والتي من أهمها غياب القوانين الصارمة، والقابلة للتطبيق لأن البطء في تطبيق القانون، يهيئ المناخ والفرصة للتحايل على حكم القانون. ولذلك فإن موضوع القوانين يعد قضية تقف على رأس أي خطوة إيجابية لمكافحة الفساد في هذا القطاع.

ومن الأمور الأخرى التي تساعد على الفساد نجد تزايد الطلب على الخدمة الصحية بدرجة أكبر من المتاح والمتوفر، مثل وجود حالات نزلات معوية بصورة وبائية دون وجود أدوية،

وبذلك تكون النتيجة المباشرة هو تصنيع الأدوية تحت السلم، أو الإنتاج السريع لأدوية غير مطابقة للمواصفات أو استيرادها. وفي نفس الوقت نجد أيضا أن الصناعات الدوائية المحلية تعتبر ضعيفة ولا يتم تطبيق معايير الجودة عليها، والتي يؤدي غيابها إلى قيام طرف آخر باستغلال الموقف.

وتلعب بطء الإجراءات الإدارية في الحصول على تراخيص لإنتاج الأمصال من خلال الشركات العالمية مشكلة كبيرة حيث تستغرق هذه الإجراءات أحيانا ٣ سنوات قبل الحصول علي الموافقة عليها وهو ما يدفع أطرافاً أخرى لانتهاز الفرصة بتصنيع المصل في الصين أو الهند أو كمبوديا وطرحه في الأسواق حيث يوجد احتياج عالٍ وسوق جاهزة للاستهلاك، ولذلك فإن البيروقراطية الشديدة تلعب وتدعم وجود هذا النوع من الفساد. ومما يزيد الأمر استفحالا غياب الدور الرقابي، فالهيئات الرقابية الموجودة لا تمتلك القدرة أو الكفاءة على مواجهة متطلبات الرقابة والمتابعة المطلوبة، ولذلك فإن هناك حاجة كبيرة إلى هيئات رقابية تتميز بالآلية السريعة والحازمة وذات المصداقية.

كما تلعب عدم الشفافية في نشر البيانات الصحية، عن كفاءة الطعوم المستخدمة أو الأمراض المنتشرة، دورا كبيرا في موضوع الفساد ومن بين ذلك على سبيل المثال نسب الإصابة (بفيروس سي) في مصر؟ حيث حدث في مؤتمر علمي لهيئة "نمرو" – وهي هيئة معترف بها وتعمل على تقدير نسب الإصابة بالأمراض– أن أشار المسئولون في الهيئة إلى أن وزير الصحة لن يعلن عن الرقم الخاص بنسبة الإصابة بفيروس سى، ولن يسمح بنشره، وكان ضمن الأسباب التي أعلنتها الهيئة كسبب في انتشار الفيروس هو استعمال الحقن أكثر من مرة نتيجة لسرقة بعض الممرضات للحقن أو نتيجة لنقص أعدادها، بالإضافة إلى أن السؤال الذي يطرح نفسه هو إذا كان حقيقيا أن جميع الأطفال يتم تطعيمهم ضد الدرن في مصر، فلماذا توجد نسبة درن كبيرة في مصر حتى الآن؟

وبشكل عام فالدول التي يضعف فيها القرار ويبطؤ تنفيذ القانون تزداد فيها درجة الفساد، أي إن هناك عدداً من العوامل التي تهيئ المناخ للفساد موجودة ولابد من التعرف عليها ولابد من وضع دراسة قوية لرصدها ولا يكفي أن نكتفي بجلد الذات مع العلم أن الفساد لا يعني دوما السرقة أو التربح غير المشروع، لكنه قد يعني أيضا وجود نظام غير كفء.

غياب الإحساس بالمسئولية الاجتماعية

على الرغم من خطورة ظاهرة الفساد وما تسببه من أضرار آنية أو على المدى الطويل إلا أن الأخطر من ذلك هو مشكلة اللامبالاة، حيث يهتم كل فرد بشأنه الخاص الضيق والمباشر، ويضعف الإحساس بالمسئولية الاجتماعية تجاه الآخرين وتجاه المجتمع، ولذلك لا يمكن الانتصار في معركة حقيقية على الفساد إلا بمشاركة المجتمع بكافة مؤسساته وأفراده، وأن تبدأ المواجهة من خلال تجفيف منابعه، والذي يتطلب حزمة من التشريعات الصارمة التي تحول دون نمو الفساد في المستقبل ومحاصرة الفساد الحالي، وأن لا تتوقف الجهود فقط عند ملاحقة حالات الفساد الظاهرة، لأن الاكتفاء بهذا فقط في ظل أوضاع المجتمع الراهنة تعتبر مهمة مستحيلة وشديدة الصعوبة بالنسبة للمجتمع المدني أو الحكومة، خاصة وأن الفساد يتميز بالذكاء والقدرة على التطور وقادر على استخدم الثغرات التشريعية للهروب والتخفي، مع العلم أن ظهور الفساد في بعض القطاعات مثل مجال الأمصال والأدوية يرتبط بسياسات الخصخصة. خاصة أن الدول تلجأ في قضاياها المصيرية إلى مشاركة مؤسسات لا تهدف إلى الربح، ويتم إنشاء مؤسسات مثل مؤسسة الأمصال. مع العلم أنه ليس من الضروري أن تكون المؤسسات كلها من القطاع العام كما لا يجب أن تكون كلها أيضا من القطاع الخاص حتى نصبح كمن يفتح باب جهنم للوفاء باحتياجات المواطن البسيط، ولذلك فإن دور الدولة وأنظمة الحماية الصحية التي تطبقها الدولة يعتبر قضية في غاية الأهمية.

من الصحيح أن محاربة الغش والفساد ليست بالتأكيد مهمة سهلة لكنها تحتاج إلى تكاتف جهود أطراف عديدة وفي كل المجالات وبالنسبة لقطاع الأمصال والدواء فالمسئولية الأولى ملقاة على عاتق الدولة وشركات الأدوية والعاملين في قطاع الدواء وأخيراً المواطنين على اعتبار أن كل هؤلاء شركاء في وضع آلية من الممكن أن تقلل من الفساد وتقلصه بدرجة كبيرة، وهى معركة لا يجب الركون فيها إلى التكاسل أو الإتكالية لأنهم عندما يموت طفل نتيجة لتعاطيه دواء فاسدا فان هذا ليس كما نزعم قضاء الله، فالله لا يمنح الفرصة للفاسدين لقتل الأطفال، كما يجب أن نعى أن قتل هذا الطفل يعكس غياب قوانين واضحة وآليات سريعة للحساب والعقاب.

في إطار هذا الفهم يمكن وضع العديد من المقترحات التي يمكن عبر تطبيقها (كحزمة) إتاحة الفرصة لتقليص مساحة وفرص الفساد إلى أقصى درجة ممكنة ولذلك يجب على الدولة أن توجه المزيد من الموارد والاهتمام لتحسين صناعة الدواء بتوفير المعامل والأجهزة المطلوبة علي اعتبار أن ذلك يعد لبنة أخرى في مواجهة الفساد في قطاع الأدوية. مع إعطاء مزيد من الحريات للمجتمع المدني بما يسمح بتعظيم دوره، في الدفاع عن حقوق المريض والرقابة على جودة الخدمة الطبية، حيث تمتلك العديد من مؤسسات المجتمع المدني خبرات في مجالات القانون والإعلام والطب وغيرها بما يمكنها من تقديم المساعدة القانونية والاستشارات الفنية للمضارين من الفساد في القطاع الصحي، وأيضا لفضح أشكال الفساد المختلفة.

وفي الولايات المتحدة هناك لجنة تسمى Advisory Committee on Immunization Practice وهذه اللجنة من المجتمع المدني ومن الأطباء مهمتها متابعة الأمصال وإصدار تقرير سنوي يتبع الـ Center of Infectiovs Diseasess ويتم عرضه على المواطنين والدولة، ومنه يستطيع الجمهور تحديد مواطن الفساد، والمجتمع المدني في مصر قادر على أن يبادر بتنفيذ مثل هذه المهمة بشرط اهتمام المؤسسات الحكومية المعنية بما يصدره من تقارير وتوصيات.

ولضمان جودة الأدوية وتفعيل دور رقابة المؤسسات الرقابية يجب ألا يكون لوزارة الصحة أية علاقة بصناعة الدواء سوى التسعير والتسجيل، ولذلك يجب نقل تبعية جميع مصانع الأدوية إلى وزارة الاستثمار.

إن مواجهة مشكلة الفساد في مجال الأمصال والطعوم تتطلب النظر إلى جذور المشكلة، فالأمر لا يتوقف على الشراء من شركة المنبع أو الابتعاد عن المناقصات أو الابتعاد عن المغامرين، كما أن حل المشكلة يكمن في افتقادنا للـ Core competence والتي لا نجيد تطبيقها في صناعة الدواء، مما يؤدى للوقوع كضحية لأي مغامر وأي محتال.

وبالنسبة لعملية التسويق فإنه يجب تغيير النظر إليها والمعايير المتبعة فيها وبحيث يتم البحث دوما عن السعر الأقل ولو بقرش واحد عن طريق الممارسات والمناقصات والتي تتجاهل معيار الجودة ولا تركز سوى على السعر. لأنه مما يضر بالجودة ليس التسعير، لأنها منظومة كاملة تبدأ من جلب الخامة ووسيلة تخزينها ومراعاة صلاحيتها، وبعد إنتاجها تأتي طريقة تخزينها بالإضافة إلى الدراسات التسويقية والتي تساعد في عملية تصريفها بدلا من أن تفسد أثناء التخزين أو أن يدخل إليها ضعاف النفوس ويقومون بإعادة تغليفها... إلى آخره.

هذا ولابد من وضع قانون يسمح بتداول المعلومات سواء ما يتعلق بعمل الحكومة أو القطاع الخاص في مجال الصحة بوجه عام وصناعة الدواء والأمصال وإتاحتها على نحو خاص. على أن يتم أيضا استقلالية مؤسسات الرقابة عن الجهاز الحكومي الذي تحكمه اعتباراته الداخلية وهو أبطأ كثيرا، ووجود رقابة مستقلة خاضعة للبرلمان أو لجهة شعبية كما هو موجود في جميع أنحاء العالم.

ويحتاج نظام التوريد داخل القطاع العام، وخاصة ما يتعلق بالمناقصات عن طريق الإسناد المباشر إلى قدر كبير من الشفافية، وبحيث يكون الإسناد المباشر مرتبط بتحديد نوع السلعة

سواء الدواء أو المصل واسم الشركة الموردة واسم المستورد لأن هذا يساعد في الكشف عن حالات تضارب المصالح مع الأقارب والمحاباة. .. إلى آخره.

إن سوق الدواء لابد أن يخضع لقواعد أكثر صرامة، ولابد أن يكون هناك وضوح وألا يدعي أحد أن يؤثر على المنافسة لأنه من الحقوق الأساسية للمواطنين الحفاظ على صحتهم ولذلك لابد أن تخضع الأمور لقواعد خاصة فيما يتعلق بتداول السلع الدوائية على وجه الخصوص وبحيث يطلب من الأطباء والصيادلة الإعلان عن مدى صلاحية دواء محدد أو أن شركة محددة أنشطتها بها شبهة تربح، ومن هنا تكون الشفافية في المعلومات وبالتالي يستطيع المجتمع أن يتحرك بناء على معلومات واضحة ومتوافرة يعتمد في الأصل على آراء المتخصصين.

خاتمـــــــــة



لفتت ندوة الشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة النظر إلى خطورة تفشي الفساد بكافة أشكاله وصوره ليس فقط في قطاع الصحة وإنما أيضا في باقي قطاعات المجتمع.

وأجمعت الفعاليات المشاركة والتي ضمت ممثلين من وزارة الصحة والتأمين الصحي، وقطاع صناعة الأدوية ووزارة الاستثمار والمجتمع المدني والأكاديميين والمجلس القومي لحقوق الإنسان وعدداً من رجال الصحافة والإعلام على أن الفساد ظاهرة معقدة، ومتعددة الجوانب وأنه يجب شحذ كافة الطاقات المجتمعية لمواجهتها.

وتطرقت المناقشات إلى العديد من القضايا من أهمها قضايا انخفاض مستوى الرعاية الصحية في المستشفيات الحكومية بسبب غياب الرقابة على الإنفاق العام بقطاع الصحة وكذلك في نظام هيئة التأمين الصحي، بالإضافة إلى الآثار الصحية المترتبة على التطعيمات والأمصال الفاسدة. كما أكدت المناقشات على أن الإهمال في قطاع الصحة يحّد من فرص المواطنين العاديين في الحصول على حقوقهم الصحية لصالح آخرين يربحون من وراء ذلك. وأن أخطار الفساد في القطاع الصحي تتجاوز مثيلاتها في أي قطاع آخر نظرا لأنها تمس حقوق الإنسان في العلاج وبسعر يتناسب مع مستوى دخله، وإنه يجب استمرار مثل هذه المناقشات في تناول الفساد في كل القطاعات الاقتصادية والخدمية من أجل مواجهة حاسمة مع الفساد بأشكاله المتنوعة.

وقد عكست الشراكة في تنظيم هذه الندوة مع المجلس القومي لحقوق الإنسان اهتمام التحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد بقضية تفعيل المواجهة مع الفساد حتى تكون للحملة نتائج مؤثرة، فالمجلس القومي لحقوق الإنسان مع تطور دوره يمكن أن تصل توصياته إلى الأجهزة التنفيذية، كما أنه ومن خلال الندوات ا لمماثلة يمكن أن يعطي لحملات مكافحة الفساد مظلة أوسع.

ولقد كان لتنوع المشاركين وانتمائهم لمختلف المؤسسات المجتمعية ابتداء من المؤسسات الحكومية ومؤسسات المجتمع المدني والمؤسسات البحثية والأكاديمية والمؤسسات الإعلامية خاصة تلك المعنية بقضايا الصحة، ومشاركتهم الايجابية أبلغ الأثر في تعميق الحوار حول قضية الفساد، حيث لم تقف مناقشاته عند الحدود الضيقة لأشكال الفساد في المؤسسات الصحية، بل تناول أيضا الصحة والسياسات المرتبطة بها على وجه العموم واتجاهات تطورها كأداة حاسمة في مكافحة الفساد وهو ما انعكس على سبيل المثال في مناقشة نظام التأمين الصحي، كحق لكل المواطنين وافق تطويره حتى يضمن لكل مواطن حق الرعاية الصحية بأفضل مستوى جودة ممكن، على أن يتم التركيز بشكل أكثر إجرائية على كيفية تفعيل جهود مكافحة الفساد، وتحديد الآليات العملية التي يمكن اللجوء إليها، وكيف يمكن دعم الدولة في هذا الاتجاه دون فرض أي قيود تمس حرية المواطن، وفي هذا الإطار تم التركيز على ضرورة اتخاذ إجراءات محددة لمكافحة الفساد، وهى الإجراءات التي يجب أن تتناسب مع طبيعة نظام الرعاية الصحية الحالي والقادم في مصر، كما هو الحال في القطاعات الأخرى، خاصة وأن فرص ظهور الفساد بأشكاله المتنوعة في قطاع الصحة تتضاءل في المجتمعات التي تلتزم بأحكام القانون وتسودها الشفافية والثقة والتي يخضع فيها القطاع العام لقواعد ونظم فعالة لتنظيم الخدمات المقدمة للمواطنين، وآليات مُحكمة للمساءلة، وهو ما يدعمه تمتع وسائل الإعلام بالاستقلالية ووجود مجتمع مدني قوي.

وتعتبر الإجراءات الوقائية والتي تشمل النظم الخاصة بالشراء في القطاع الصحي، والقواعد التي تحكم كافة الممارسات سواء بالنسبة للمؤسسات أو الأفراد والتي يجب أن تتسم بالانضباط وإجراءات الشفافية والمتابعة من أكثر الأدوات نجاحا وفاعلية في نشر السلوكيات والممارسات الشريفة والنـزيهة، وهو ما يستلزم مراجعة القواعد القانونية والإدارية الحاكمة لهذه القواعد وإتاحتها للجميع بشكل دوري.

كذلك تبرز أهمية إشراك الرأي العام في متابعة تنفيذ السياسات الصحية والرقابة على عدالة توزيعها ومدى جودتها بنشر التقارير التي تتناول ميزانيات الخدمات الصحية ونمط توزيعها قطاعيا وجغرافيا، ومؤشرات مستوى جودة الأداء على المستوى القومي والمحلي، ومسئولية الحكومة والجهات المسئولة عن الخدمات الصحية عن ضمان إتاحة المعلومات الخاصة بالمناقصات بما في ذلك عروض المناقصات وشروطها وعمليات التقييم والقرارات النهائية على شبكة الإنترنت. على أن تخضع الإدارات الحكومية والمستشفيات ومؤسسات التأمين الصحي وغيرها من الهيئات التي تعمل في مجال الخدمات الصحية للمراجعة والمراقبة المحاسبية المستقلة. ووجوب قيام الحكومة بتطبيق أنظمة قومية فعالة للإبلاغ عن التأثيرات العكسية للأدوية، من أجل إلزام الأطباء وتشجيعهم على الإبلاغ عن تلك المعلومات.

ومن المهم أن تقوم الحكومة بتطبيق أنظمة فعالة للإبلاغ عن التأثيرات العكسية للأدوية، ووضع قواعد بيانات عامة تضم قائمة بالبروتوكولات والنتائج الخاصة بجميع التجارب التي يتم إجراؤها على العقاقير الإكلينيكية، وإلزام القائمين على صناعة الدواء بالإبلاغ عن تجاربهم ومطالبة شركات الأدوية والتكنولوجيا الحيوية والأجهزة الطبية بتبني المبادرات المنظمة لقطاع الأعمال في مواجهة ومكافحة الرشاوى وإتاحة عرض السياسات العامة والممارسات وبنود الاتفاق للفحص والتدقيق من قبل المجتمع والسلطة التشريعية. بالإضافة إلى توفير الحماية للمبلغين عن ممارسات الفساد ووضع برامج وآليات لهذه الحماية، وإلزام الجهات التي تصدر التراخيص الطبية بتجديد القواعد المنظمة لسلوك الأطباء فيما يتعلق بتعارض المصالح وبصفة خاصة علاقتهم بصناعة الأدوية والمعدات الطبية.

وخلاصة القول إنه من الضروري تطبيق ميثاق النزاهة في عمليات الشراء الكبيرة في القطاع الصحي وفرض العقوبات على الشركات التي يثبت تورطها في ممارسات غير مشروعة. وملاحقة ممارسات الفساد ومحاكمة منتجي الأدوية المغشوشة والمسئولين المتورطين معهم. والاعتماد على مبدأ الشفافية فيما يخص المنح الدولية في ضوء معرفة المصادر أو الجهات

المقدمة لهذا الدعم، وحجمه، والجهات المانحة، ومجال استخدامها، ونتائج تقييم البرامج التي مولتها هذه المنح على أساس عائدها وقدرتها على تحسين الخدمات الصحية ومستوى ترشيد النفقات وأن لا يتم التقييم فقط على أساس معدلات صرف أو إنفاق أموال المنح.

والجدير بالذكر أن محاربة الفساد في كافة المجالات الصحية يجب أن يبدأ بالوقاية وذلك من خلال التخطيط الشامل طويل المدى والالتزام بالاستراتيجيات التي تحقق الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمات والمراقبة المستمرة للجودة وتمكين المنتفعين من خلال المشاركة الفعالة في تخطيط وإدارة الخدمات الصحية والمنشآت الطبية على اعتبار أنهم أصحاب الحق والممولون الأساسيون لهذه المنشآت.

الملاحق

أولاً: خطاب السيد الرئيس محمد حسني مبارك رئيس الجمهورية حول مستقبل الرعاية الصحية في مصر.

ثانياً: كلمات الجلسة الافتتاحية.

- الصحة قضية أمن قومي.

اللواء عبد السلام المحجوب محافظ الإسكندرية.

- "مرجعيات" التحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد.

الدكتور حسام بدراوي- رئيس لجنة التعليم بأمانة السياسات - الحزب الوطني الديمقراطي ومقرر التحالف المصري لشفافية ومكافحة الفساد.

- احتمالات الانزلاق إلى الفساد.

الدكتور محمد سعيد الدقاق - المجلس القومي لحقوق الإنسان.

- الصراحة والشفافية لمعالجة الفساد.

الدكتور حاتم الجبلي وزير الصحة.

- من يدفع القيمة الحقيقية للخدمة الصحية؟.

الدكتور حسن ندير رئيس جامعة الإسكندرية.

- مخاطر "مستشفيات تسليم المفتاح".

المستشار محمد الجندي النائب العام الأسبق.

- الطب ليس مهنة أطباء إنما مهنة مجتمع.

الدكتور إبراهيم بدران وزير الصحة ونقيب الأطباء الأسبق.

ثالثاً: أوراق مرجعية

الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان (الدكتور/ حسام بدراوي — المجلس القومي لحقوق الإنسان)

رابعاً: رؤية السياسة الدوائية (الدكتور/ حسام بدراوي)

خطاب السيد الرئيس محمد حسني مبارك

(حول مستقبل الرعاية الصحية في مصر ٢٠٠٥)

أولاً: خطاب الرئيس مبارك في سوهاج حول مستقبل الرعاية الصحية في مصر ٢٠٠٥

طرح الرئيس حسني مبارك في اللقاء الشعبي الذي عقده بمقر ديوان عام محافظة سوهاج رؤية جديدة لإصلاح منظومة الرعاية الصحية والتأمين الصحي يوليو ٢٠٠٥. وقال الرئيس: إن هذه الرؤية تحقق التغطية الشاملة لخدمات الصحة الأساسية وتضمن عدالة توزيعها والارتقاء بجودتها كما تكفل مشاركة القادرين في تكلفة الخدمات الصحية وتحمي في ذات الوقت محدودي الدخل.

وفيما يلي نص الكلمة التي ألقاها الرئيس:

الأخوة والأخوات..

تعلمون اعتزازي بصعيد مصر وأبنائه.. وحرصي علي الالتقاء بالأهل في جنوب الوادي كلما سنحت الفرصة لذلك.. وقد أسعدني أن أفتتح اليوم كوبري سوهاج الجديد، ليضيف إلي ما تحقق من تطوير في البنية الأساسية لمحافظات الصعيد.

صرح جديد

كما أسعدني أن أفتتح صرحا جديدا من صروح مصر الطبية، يمثل إضافة متطورة للرعاية الصحية لأبناء محافظة سوهاج، ودليلا آخر علي ما نوليه من اهتمام مستمر بصعيد مصر، وشاهدا جديدا علي ما أوليناه ولا نزال من اهتمام بتطوير وتحديث منظومة القطاع الصحي، وما تتيحه من رعاية وخدمات لأبناء الوطن..يأتي افتتاح هذا الصرح الطبي ليضيف لإنجازات ومكتسبات عديدة.. نجحنا معا في تحقيقها لهذا القطاع الهام خلال السنوات الماضية.

الصحة والتعليم

إنجازات تأسست علي اقتناع راسخ بأن الصحة والتعليم هما الركيزتان الرئيسيتان للتنمية البشرية، ومكتسبات تحققت في إطار اقتناع مماثل بأن الإنسان المصري هو محور التنمية الشاملة والمتكاملة، والمستفيد الأول من سياساتها وبرامجها، وكلما نجحنا في إتاحة خدمات التعليم والصحة لأبنائنا، زادت قدرات المجتمع علي تحقيق طموحاتنا في حاضر هذا الوطن ومستقبله.

فكر جديد

وعلي غرار رؤيتنا لضرورة الانتقال بمنظومة التعليم وفلسفاته، من مفهوم الإتاحة إلي مفهوم الارتقاء بجودته، فإننا ماضون في تحقيق ذات الرؤية والهدف لمنظومة الصحة في مصر، وفق فكر جديد وسياسات تعي حق المواطن في الحصول علي الرعاية الصحية الأساسية والمتكاملة، باعتبارها احدي الدعائم الرئيسية للمجتمع، ومؤشرا هاما علي مدي تطوره وتحضره، نمضي في ذلك في إطار فلسفة جديدة، تحيط بمتطلبات المرحلة المقبلة وما تقتضيه من تطوير شامل ومتكامل، لمنظومة الصحة والتأمين الصحي علي محوري الإتاحة والجودة.

العدالة والتوازن

لقد تأسست سياساتنا التي اتبعناها ونفذناها خلال المرحلة الماضية، علي توفير الرعاية الصحية وإتاحتها لجميع أبناء الوطن في مختلف أرجائه. كما قامت هذه السياسات علي كفالة الخدمات الصحية الأساسية للمواطنين أيا كانت قدراتهم المالية، وإتاحة هذه الخدمات بمختلف المحافظات، تحقيقا للعدالة والتوازن المطلوبين، وتصحيحا لاختلالات عديدة تركت الكثير من أبناء مصر في محافظات الصعيد والدلتا محرومين لعقود متتالية من حقهم في الرعاية الصحية وخدماتها الأساسية.

تزايد مطرد

لقد شهدت العشرون عاما الماضية تزايدا مطردا في الاستثمارات ومخصصات الإنفاق التي وجهناها لقطاع الصحة، وتحققت لنا بذلك نتائج ايجابية عديدة، زاد عدد المستشفيات العامة من ٣٧٣ إلي ٩٨٣ مستشفي.. ارتفع عدد الوحدات الصحية من ١٦٣٩ إلي ٣٣٠٤ وحدات، وتزايد إنتاجنا من الدواء فأصبح يغطي ٩٤ ٪ من احتياجاتنا.

زاد عدد الأطباء من ٧٥ ألفا إلي ١٥٥ ألف طبيب.. كان لدينا عام ١٩٨١ طبيب لكل ١٧٢٠ مواطنا، أصبح لدينا اليوم طبيب لكل ٤٥٨ مواطنا. انخفض معدل الوفيات بصفة عامة ووفيات الأطفال بصفة خاصة وارتفع متوسط الأعمار، تواصلت حملات التطعيم، وحققنا السيطرة الكاملة علي مرض شلل الأطفال والملاريا والدفتريا. انخفضت نسبة الإصابة بالبلهارسيا من نحو ٤٠ ٪ في بداية الثمانينات إلي ١,٩ ٪ العام الماضي، وقطعنا شوطا طويلا في محاصرة الفشل الكلوي وفيروسات الكبد الوبائية.

الطريق طويل

الإخوة والأخوات..

نجحنا معا في تحقيق كل ذلك.. إلا أن الطريق لا يزال طويلا نحو ما نصبو إليه من تطوير منظومة شاملة ومتكاملة، للرعاية الصحية والتأمين الصحي لأبناء الوطن..ولقد أكدت لدي تكليفي للحكومة ضرورة أن تولي أولوية خاصة لبلورة هذه المنظومة، باعتبارها مكونا أساسيا في رؤيتنا لدعم بناء دولة عصرية حديثة ومتطورة علي أرض مصر.

تحديث الإدارة

وقد تضمن البرنامج السادس ببيان الحكومة أمام مجلس الشعب شهر ديسمبر الماضي، منظورا للتحرك علي عدد من المحاور تحقيقا لهذا الهدف، فيما يعكس خطة طموح لتطوير خدمات الرعاية الصحية الأساسية والثانوية والمتخصصة، والخدمات الصحية العاجلة في حالات الطوارئ وتحديث إدارة الدولة للعلاج علي نفقتها بما يحقق المساواة والعدالة والكفاءة والجودة، كما تضمن برنامج الحكومة رؤية واضحة لتكامل سياسات تطوير منظومة الخدمات الصحية.. مع سياسات موازية للسيطرة علي الزيادة السنوية في السكان.

توسيع التأمين

وفضلا عن ذلك.. تضمن تكليفي للحكومة ضرورة تطوير منظومة التأمين الصحي.. باعتبارها ركنا أساسيا في رؤيتنا الواضحة لمستقبل الرعاية الصحية لأبناء مصر.. نعلم جميعا إن تطبيق التأمين الصحي قد بدأ عام ١٩٦٤ وشمل آنذاك نحو ١٤٠ ألف مواطن، ارتفع في مطلع الثمانينات ليغطي ١,٨ مليون مواطن، بلغ عددهم الآن نحو ٣٦,٥ مليون يمثلون ٥٢,١٪ من أبناء الوطن، وسوف نستمر خلال السنوات المقبلة في توسيع قاعدة شبكة التأمين الصحي وتطويرها.

رؤية جديدة

من أجل تحقيق هذه التكليفات والأهداف، فإنني أتوجه برؤية جديدة لإصلاح منظومة الرعاية الصحية والتأمين الصحي.. تقوم علي وضع قواعد مؤسسية متطورة، تحقق التغطية الشاملة لخدمات الصحة الأساسية، وتضمن عدالة توزيعها والارتقاء بجودتها.. تكفل مشاركة القادرين ومختلف قطاعات المجتمع في تكلفة الخدمات الصحية.. علي نحو مستقر ومستديم.. وتحمي في ذات الوقت أبناءنا من محدودي الدخل، وتتيح لهم ما يحتاجونه من خدمات الرعاية الصحية مرتفعة الجودة.

٦ محاور

وسوف نعمل علي تحقيق هذه الرؤية المتطورة في المرحلة المقبلة.. من خلال التحرك علي ستة محاور رئيسية:

المحور الأول.. ويستهدف تطوير هيئة التأمين الصحي الاجتماعي الحالية من الناحية الإدارية والمالية، بمفهوم واضح يحقق الفصل بين إدارة الأموال وتحصيلها من جهة.. وتقديم خدمات الرعاية الصحية من جهة أخري.. بما يضمن استدامة التمويل، ورفع قدرة مقدمي الخدمات علي تقديم خدمة صحية عالية الجودة.

أما المحور الثاني.. فيستهدف تطوير ونشر صندوق رعاية صحة الأسرة في جميع محافظات مصر، باعتباره الجهة التي ستدير أموال المؤمن عليهم باستقلالية عن مقدمي خدمات الرعاية الصحية الأولية، والتي ستتعاقد مع جهات تقديم الخدمة علي المستوي اللامركزي.

تغطية المواطنين

وسنحقق علي المحور الثالث تغطية جميع المواطنين الذين لا يشملهم نظام التأمين الصحي الحالي.. بنظام تأميني جديد.. تتم إدارته علي مستوي عال ومتطور، برؤية واضحة لحزمة من الخدمات الصحية التي يتعين توفيرها لكل مواطن.

استمرار التوسع

ويتأسس المحور الرابع علي استمرار التوسع في إنشاء وحدات الرعاية الصحية الأولية في جميع المحافظات.. من جانب الحكومة والقطاعين الخاص والأهلي. إن هذه الوحدات هي المدخل الرئيسي لضمان تقديم ما يفوق ٧٠ ٪ من احتياجات المواطنين من الرعاية الصحية

والوقائية، كما إنها تمثل عنق الزجاجة في إحالة المرضي من خلال نظام واضح للمستشفيات التي تقدم الرعاية الثانوية والمتخصصة.. بما يضمن حسن الإدارة وكفاءة الأداء.

تطوير المستشفيات

وعلي المحور الخامس.. سوف نمضي في تطوير المستشفيات العامة، ومستشفيات التأمين الصحي، وجميع المستشفيات المملوكة للدولة.. علي نحو يتوافق مع تطوير نظم التأمين التي ستتاح في المجتمع، بحيث يصبح تنافسها دافعا لرفع جودة تقديمها للخدمات الصحية تحقيقا لصالح المواطن.

نظام واحد

وسوف نمضي علي المحور السادس في تحقيق اندماج محاور هذا التحرك ومكونات هذه المنظومة خلال خمس سنوات في نظام واحد، نظام يضمن لكل مواطن علي أرض مصر تغطية تأمينية للحصول علي رعايته الصحية في أي وقت يحتاجها، في أفضل مكان يختاره بغض النظر عن قدرته المالية.

حوار مجتمعي

إن التعجيل بتنفيذ هذه المنظومة المتكاملة إنما يقتضي طرحها لحوار مجتمعي، نشارك فيه جميعا شعبا وحكومة.. أغلبية ومعارضة.. لنخلص إلي أفضل السبل لتنفيذ رؤيتنا للتعامل مع هذه القضية الهامة في المستقبل.

تحرك وطني

سوف يقتضي الأمر تضافر جهودنا جميعا، في تحرك وطني للدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني، من أجل تحقيق هذا الهدف القومي، وعلينا أن نعي أن قضية الصحة في مصر تتجاوز مجرد اختزالها في الجهود الحثيثة لوزارة الصحة والسكان، أو للحكومة بوجه عام. وإنما تقتضي المشاركة الفعالة من جانب القطاع الخاص والمجتمع الأهلي.

سياسات واضحة

سوف تتحقق هذه الرؤية الطموحة بسياسات واضحة ومحددة وقابلة للتنفيذ، وسوف تتوازي مع هذه السياسات حزمة من الإجراءات التي تكفل نجاحها. وإنني أطالب الحكومة باستكمال وضع هذه السياسات والإجراءات وطرح ما تقتضيه من تطوير في البنية التشريعية علي مجلسي الشعب والشورى خلال الفصل التشريعي القادم.

فلسفة جديدة

الأخوة والأخوات..

إننا نمضي في تطبيق فلسفة جديدة.. تتأسس علي تعزيز دور القطاع الخاص في شتي مجالات الإنتاج والخدمات.. ولقد شهدت السنوات الماضية ارتفاع استثمارات القطاع الخاص والشركات متعددة الجنسيات.. إلي أكثر من ٨٠٪ من إجمالي استثمارات الصناعات الدوائية.. إلا أن مساهمة القطاع الخاص في مشروعات واستثمارات خدمات الرعاية الصحية لا تزال في حاجة لمزيد من الجهود من أجل تعزيزها.

القطاع الخاص

إن الاستثمارات المخصصة للرعاية الصحية في خطة عام ٢٠٠٥/٢٠٠٦ تبلغ نحو ٢,٥ مليار جنيه.. تتكفل الدولة بتنفيذ ١,٥ مليار جنيه بما يعادل ٦٠ ٪ من إجمالي هذه الاستثمارات.. ويتاح للقطاع الخاص تنفيذ المليار جنيه المتبقية.. وإنني إذ أعاود تأكيد التزامنا بتطوير منظومة الصحة والتأمين الصحي في مصر.. بما يوفر العلاج والدواء للجميع خاصة غير القادرين.. فإنني أدعو القطاع الخاص للنهوض بدوره وتعزيز استثماراته، حتى تتضافر جهوده مع جهود الدولة في تحقيق هذا الهدف، وفي الارتقاء بجودة ما قدم لأبناء مصر من رعاية صحية. إن القطاعين الخاص والأهلي مدعوان للمشاركة في تطوير هذه المنظومة علي مرتكزاتها الثلاث: التأمين الصحي، وتقديم الخدمات الصحية، وعملية الرقابة والتقييم.

حق المصري

إن الرعاية الصحية ذات الجودة العالية هي حق لكل مصري ومصرية.. وكما تتجه الدولة لإنشاء هيئة لاعتماد وضمان جودة التعليم.. فإنني أطالب الحكومة اليوم بإنشاء هيئة مماثلة لاعتماد وضمان جودة الرعاية الصحية.. تضع المعايير وتراقب توافرها واحترامها.. في كل المؤسسات القائمة علي تقديم الرعاية الصحية للمواطن. كما أطالبها بأن يقترن ذلك باهتمام مواز بتطوير التعليم الطبي ورفع مستوي التدريب لأطبائنا ولهيئات التمريض وجميع الأجهزة الفنية المساعدة علي نحو يرتقي بقواعد ممارسة المهن الطبية في جميع تخصصاتها.

ثروة هائلة

إن لدينا ثروة هائلة من الأطباء الذين يستحقون منا كل التحية والتقدير.. كما نمتلك قاعدة من خبرات التمريض تبعث علي الفخر والاعتزاز.. إلا أن التطوير الذي ننشده علي مختلف هذه المحاور، انما يتطلب منا العمل لرفع مستوي التعليم الطبي ومستوي العاملين

بمهنة التمريض، علي نحو يطبق معايير وقواعد الاعتماد وضمان الجودة المعترف بها دوليا، وسوف نمضي في المرحلة المقبلة في ربط التعليم الطبي وكليات ومعاهد التمريض باحتياجات المجتمع في مختلف المحافظات.. مع ربط مماثل لمستويات التعليم والتدريب بتراخيص مزاولة المهن الطبية.. ضمانا للارتقاء بمستوي الممارسة وبجودة ما يقدم للمواطن من رعاية صحية.

الأخوة والأخوات..

سوف نمضي في تحقيق هذه الرؤية وتنفيذ هذه السياسات.. كي نكفل لكل مواطن علي أرض مصر تغطية تأمينية متطورة.. تضمن حصوله علي رعايته الصحية في أي وقت يحتاجها.. في أي مكان يختاره.. بغض النظر عن قدرته المالية. نتمسك بمسئوليتنا تجاه غير القادرين.. ونمضي ونكرر أننا نتمسك بمسئولياتنا تجاه غير القادرين بثبات وثقة وفكر جديد.. نحو حياة أفضل لأجيال الحاضر والمستقبل.

وفقنا الله جميعا وسدد خطانا..
والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

ثانياً: كلمات الجلسة الافتتاحية

الصحة قضية أمن قومي

اللواء عبد السلام المحجوب محافظ الإسكندرية

كنت حريصًا على حضور هذه الندوة مع الأعلام وقادة الفكر الموجودين والذين أرحب بهم وعلى رأسهم الدكتور حاتم الجبلي والدكتور حسام بدراوي والدكتور سعيد الدقاق والدكتور حسن ندير الذي أدعو له بكل التوفيق في منصبه الجديد (رئيسا لجامعة الإسكندرية).

بالنسبة للشفافية ومحاربة الفساد في قطاع الصحة، فإنني (كمحافظ) أؤكد على أنها من أهم الموضوعات، وفي اجتماعاتي مع الدكتور حاتم الجبلي في مجلس المحافظين أو في لجان مجلس الوزراء أكون سعيدًا لأنه كطبيب يقوم بتشخيص دقيق للغاية وهذه أولى أشكال الشفافية ومحاربة الفساد في هذا القطاع. إن "التحالف المصري للشفافية ومحاربة الفساد" (أمل) لمصر في كل الاتجاهات وليس في مجال الصحة فقط، وأتمنى لهذه الندوة أن تكون بداية لممارسة الشفافية ومحاربة الفساد في كل القطاعات. ولا شك أن البداية من قطاع الصحة هي بداية صحيحة لأنها تهم الفرد العادي، ودائما ما أقول إنه من الممكن أن يمكث الفرد يوما أو اثنين دون أن يأكل لكنه لا يتحمل نصف ساعة من الألم، إن الصحة قضية أمن قومي والحاضرون هم الذين سيقومون بالحفاظ عليها وحمايتها وشكرا لكم.

"مرجعيات" التحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد

الدكتور حسام بدراوي– رئيس لجنة التعليم بأمانة السياسات – الحزب الوطني الديمقراطي
مقرر التحالف المصري لشفافية ومكافحة الفساد

إنه لمن الفخر أن أكون موجودا في مكتبة الإسكندرية التي تشع بالأفكار وبالأمل في كل التوجهات الإصلاحية ليس في مصر وحدها ولكن في العالم العربي كله.

أود في البداية أن أعطي نبذة عن "التحالف المصري لمكافحة الفساد"، إن لدينا ثلاثة مرجعيات حقيقية وراء هذا التحالف، أولهم "منتدى الإصلاح العربي" في الإسكندرية والذي كانت أحد أهدافه ونحن نصيغ إجراءات الإصلاح هو الانطلاق من مجرد الرؤية والسياسات إلى التطبيق على المستوى المحلي والمستوى الإقليمي. وفي الوقت نفسه كانت هناك جهودًا تُبذل على المستوى الإقليمي مع عدد من البرلمانيين العرب شكلوا ما يُسمى "البرلمانيون العرب ضد الفساد"،كما تأسس في مصر "المجلس القومي لحقوق الإنسان"، والذي يرتبط نشاطه وأهدافه بنفس الموضوع، فضمان حق الفرد في الحصول على حقوقه الأساسية من الخدمات يرتبط إلى درجة كبيرة بمكافحة كافة أشكال الفساد.

وإقامة هذه الندوة في مكتبة الإسكندرية التي تشكل القاعدة التي ننطلق منها، وبالتعاون بين منتدى الإصلاح العربي، والتحالف المصري للشفافية ومكافحة الفساد، والمجلس القومي لحقوق الإنسان يؤكد على فكرة التعددية والتنوع في النظرة إلى قضية الفساد وكيفية مواجهته. ونأمل ألا يستأثر الجهد الجماعي الذي سيُبذل في هذا اللقاء بمكافحة الفساد في مصر، ولكن أن ينجح أيضا في إشراك مزيد من المؤسسات والأفراد في جهود مكافحته.

إن الهدف من دعم الشفافية ومكافحة الفساد لا يستهدف بالأساس ملاحقة أشخاص بعينهم أو التحقيق معهم لأن مكافحة الفساد لها مرجعية دستورية حيث يتحدث الدستور

عن حقوق المواطن وحرياته، ولها مرجعية خاصة باتفاقية الأمم المتحدة التي وقعت عليها مصر منذ سنتين وأصبح علينا الالتزام بتطبيق مبادئها في مكافحة الفساد على جميع القوانين، وعلى الصعيد السياسي سنجد أن كل الأحزاب السياسية في مصر تتحدث عن مكافحة الفساد، بل إن السيد رئيس الجمهورية في حملته الانتخابية تحدث عن أهمية وضرورة إتاحة المعلومات ومكافحة الفساد، ومن هنا يظهر أن لدينا مرجعيات قانونية ودستورية وسياسية يتفق عليها الجميع مهما كانت اختلافاتهم السياسية أو توجههم الأيديولوجي، كما أن الجميع يتفق أيضا على أهمية وأولوية مكافحة الفساد، وأن هذا الأمر يتطلب جهدا واسعا ومكثفا، يجب أن يشارك فيه المجتمع المدني بجدية وبشكل أساسي، مع ضرورة قيام الحكومة بدورها في هذا الأمر باعتباره سياسة وإستراتيجية تتبناها.

وقد اخترنا موضوعين لنبدأ العمل بهما في التحالف المصري لمكافحة الفساد وهما إتاحة المعلومات كجزء من قانون سيصدر العام القادم بهدف دعم الشفافية، لأن إتاحة المعلومات موضوع في غاية الأهمية لأنه إذا كان الأساس هو الإتاحة والاستثناء هو السرية فإنه يصبح من حق المجتمع أن يعرف كل ما يدور من أمور تخصه وتخص المواطن، ومازال الأمر في مصر يتم على اعتبار أن السرية هي الأصل وأن الإتاحة هي الاستثناء، لهذا أدعو المجتمع المدني كله إلى دراسة ووضع الآراء والمشاركة بشكل ايجابي في تقديم تصور حول مضمون وشكل صياغة قانون إتاحة المعلومات، والموضوع الثاني هو دراسة مكافحة الفساد في قطاع الصحة أو قطاع الخدمات والذي اختاره التحالف لأنه يمس كل مواطن.

لهذا يشاركنا اليوم الدكتور وزير الصحة (الجديد) كممثل للسلطة التنفيذية أو الحكومة، جاء ليعلن بجرأة عن الفساد في قطاع الصحة، وانه يأخذ على عاتقه إستراتيجية مكافحة هذا الفساد، إذن فالجانب الحكومي متوافق مع التحالف. وفي الوقت نفسه، فإن تقرير العام الحالي الخاص بمنظمة الشفافية العالمية يتحدث عن الفساد في قطاع الصحة على مستوى العالم، ومن هنا توفرت لنا ثروة من المعلومات متاحة من العالم كله تتضافر معها رغبة أكيدة من

الحكومة ممثلة في وزارة الصحة، كما أن لدينا مجتمع مدني وهدفنا الرئيسي أن نحقق انجازا ونقلة موضوعية في مكافحة الفساد من خلال فحص ودراسة آليات وأشكال الفساد في قطاع بعينه، ووضع أسس مكافحته حتى يكون ذلك داعيا وداعما لخبرتنا في مواجهة الفساد في قطاعات أخرى في المرحلة القادمة، وهنا يجب التأكيد على أن هذا لا يعني أن تناول قضية الفساد في قطاعات أو مجالات أخرى أقل أهمية، لكن لابد من إجراء اختيارات لتجاوز مرحلة البداية.

إن اختيارنا لقطاع الصحة بالذات يرجع إلى أنه من أبرز القطاعات التي تيسر إمكانية بروز حالات للفساد بأشكاله المتنوعة، وهو ما يعود إلى أنه قطاع به تعددية تبدأ من صانع السياسة إلى المنفذ العام إلى أصحاب المستلزمات والأدوية إلى مقدمي الخدمة. الخ، فهناك أطراف متعددة تتشارك العمل في هذا القطاع، والذي ينفق فيه سنويا على مستوى العالم ما يقدر بحوالي ثلاثة تريليون دولار أغلبهم موازنات من أموال دافعي الضرائب لأنها موازنات الحكومات، هذا الكم الضخم من الأموال التي تضخ في هذا القطاع تجعله جذاباً أكثر من غيره للاستخدامات غير السوية وخصوصا في البلاد التي تتيح الخدمات مجانا، لأن إتاحة الخدمات مجانا معناها أن هناك دوائر وخطوط كثيرة جدا غائبة عن الشفافية وليست في الحسبان مثل شراء أدوية على مستوى عام، إلى مقدِّم خدمة من الممكن أن يكتب علاجًا لا يحتاجه المريض، إلى أبحاث دوائية من الممكن أن تتغير نتائجها حتى تكون النتيجة أدوية لها مواصفات معينة، إلى فواتير علاج غير ملزِمة أو تمثل أكثر من حقيقة ما يتم إنفاقه بالفعل على المريض، وغير ذلك من الأمور المتعددة والتي تستلزم النظر إليها وتحديد كيفية منع الفساد في هذا القطاع، لأن المتأثر الأول من الفساد في قطاع الصحة هم الفقراء الذين يذهبون لطلب الخدمة الصحية دون أن يملكوا تقديم رشوة صغيرة ولا الواسطة للحصول على الخدمة، كما الفساد والاستخدام غير السوي لما هو متاح من أموال يضيف مزيد من الأعباء والضغوط على صانع السياسة وعبئا أكبر على الموازنة العامة للدولة، للدرجة التي تعلن فيها دولة مثل

الولايات المتحدة الأمريكية أن هناك حوالي ١٠٪ فاقد من إجمالي ما يُنفَق على قطاع الصحة، أي أنها تعترف أن نسبة الفساد في قطاع الصحة تهدر ما قيمته حوالي ١٠٪، من الإنفاق العام على الصحة، وفى دول أخرى مثل كولومبيا وبعض دول أمريكا اللاتينية تشير الدراسات إلى أن ٥٪ إلى ١٠٪ من أموال الموازنات الحكومية المخصصة للإنفاق على الصحة تذهب إلى مسالك غير حقيقية قبل أن يبدأ إنفاقها، سواء حدث ذلك عن طريق شراء أجهزة أو بناء ما لا يحتاجه قطاع الخدمات الصحية من مؤسسات دون إجراء دراسات كافية.

لهذا، فإن العبء كبير جدا على الحكومات في مواجهة الأشكال المتنوعة للفساد في هذا القطاع، ومن هنا تولدت رغبتنا أن نناقش في هذه الورشة الأمور الخاصة بقطاع الصحة، وأن نفتح النوافذ لمشاهدة ما يحدث في هذا القطاع، ليس بهدف توجيه الاتهام لأحد، ولكن رغبة في الوقاية، والتوصل لأفضل التوصيات التي تسمح ببناء الآليات والنظم التي تساعد الجميع في الحفاظ على حق المواطن في الحصول على خدمة الرعاية الصحية، ليس هذا فقط، بل أيضا الحصول عليها بجودة عالية وبأقل تكلفة وفي أقصر وقت، هذا هدفنا جميعا في قطاع الصحة وفي قطاع الخدمات بوجه عام، أشكركم وأتمنى أن تكون هذه الندوة فاتحة لندوات ودراسات أخرى خاصة بقطاعات الخدمات المختلفة في المستقبل.

احتمالات الانزلاق إلى الفساد

الدكتور محمد سعيد الدقاق – المجلس القومي لحقوق الإنسان

أشعر بسعادة بالغة وشرف عظيم أن أكون إلى جوار هذه النخبة المتميزة من الأعلام وأن أتحدث أمام مجموعة من قادة الفكر في مصر بأكملها. والواقع قد يثير التساؤل حول العلاقة بين حقوق الإنسان والشفافية ومحاربة الفساد والصحة، والواقع أنني أجد أن هناك علاقة منطقية بين هذا كله. فالأمر متعلق بالصحة السلوكية التي ينبغي أن تكون منـزهه عن الفساد والصحة الجسمية التي تفرض خدمة معينة للإنسان والتي تعتبر حقا أصيلا له على النحو الذي سأشرحه بعد قليل. والواقع أننا إذا تطلعنا إلى نص المادة (١٢) من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، لوجدنا أنها تلخص بأمانة موضوع هذه الندوة، فالمادة المذكورة تنص على أنه: "تقر الدول في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"، وتعليقنا على هذا النص يوحي لنا بمجموعة من الأفكار:

أولها أن الرعاية الصحية تعد حقا أصيلا للإنسان، ببساطة لأنها تتفرع عن الحق الأوّلي والأصيل للإنسان في الحياة، لأنها تعتبر من مقتضيات ذلك الحق ومن ثم فإن هذا الحق ينبغي أن يحاط بأكبر قدر من الضمانات والحماية.

الأمر الثاني أن كفالة الرعاية الصحية للإنسان وللمواطنين عموما حق كفلته الدولة ومن ثم فهو من أوجب واجبات الدولة، والدولة هي مجموعة من المؤسسات التي يعمل بها فريق من الموظفين العموميين ومن ثم فإن قضية الفساد من الممكن أن تكون من القضايا التي يثيرها سلوك هؤلاء، لاسيما وأنهم إن لم يكونوا محصنين بأكبر قدر من شرف المهنة فإننا نكون أمام احتمالات الانزلاق إلى الفساد على النحو الذي سأبرزه بعد قليل.

الأمر الثالث أن كفالة الحقوق الاجتماعية بوجه عام تقتضي مجموعة من الموارد والإمكانيات للدولة، ولا تستوي في ذلك الدول الفقيرة مع الدول الغنية. ولذلك فإذا كان توفير أو عدم توفير إمكانيات الرعاية الصحية تدخل كمعيار لتقدير ما إذا كان هناك فساد أم لا، هنا ينبغي أن نضع في الاعتبار أيضا مدى الإمكانيات المتاحة للدولة، فلا يمكن مثلا أن نقيس دولة من الدول الإفريقية الفقيرة التي لا تتاح لها إمكانيات توفير الرعاية الصحية لمواطنيها على نطاق واسع مع إحدى الدول المتقدمة في أوروبا لأن الإمكانيات التي تتوافر لهذه لا تتساوى مع الإمكانيات التي تتوافر لتلك. ولذلك، فإن تقديرنا لمدى وجود أو لعدم وجود الفساد ينبغي أن يدخل في الاعتبار هذا العامل الهام، ولعل ذلك ما يوحي به نص المادة نفسه عندما يقول: "بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه" أي أنه يجب أن تتوفر فكرة الإمكانية نفسها لتقدير مدى اضطلاع الدولة بواجباتها في أداء هذا الحق.

وبعد هذه الاعتبارات، نشير إلى أن مهنة الطب قد تكون داعية للانزلاق إلى الفساد، فالأطباء يتمتعون بسلطة تكاد تكون غير محدودة في تشخيص الأمراض وتقرير العلاج، وما لم يكن الطبيب متسلحا بشرف المهنة فإن ذلك قد يغريه بالانزلاق إلى هوة الفساد. وقد لا يقتصر الأمر على الأطباء أو الصيادلة فقط وهم الذين يشتغلون بصورة مباشرة في توفير الرعاية الصحية، ولكن قد يمتد الأمر إلى كل العاملين في ذلك القطاع حتى الإداريين منهم لاسيما إذا كانوا من صانعي القرار أو من واضعي السياسات، فإن لم يكونوا على أكبر قدر من الأمانة والإخلاص في عملهم فإن ذلك من شأنه إن يؤدي بهم إلى الوقوع في الفساد، لاسيما أن مشكلة الرعاية الصحية تتطلب وتقتضي اعتمادات ضخمة كما أن المستفيدين منها هم الطبقات الأكثر ضعفا، إما لفقرهم وإما لحالتهم الصحية التي تتطلب العلاج، فهم الفئة الأولى بالحماية في هذا كله. والواقع أن القضاء سواء في مصر وفي الخارج قد شهد العديد من النماذج الصارخة لحالات الفساد تلك، فمثلا في إيطاليا كانت هناك فضيحة ضخمة جدا

حيث اتفقت بعض كبار شركات الأدوية مع بعض المسئولين عن توفير الرعاية الصحية وبعض كبار الأطباء على أن يروجوا لعقاقير بعينها رغم أنها إما غير لازمة أو أنها مضرة بالصحة العامة، وكان للقضاء الإيطالي في هذا الشأن أحكاما مازالت تُذكر حتى الآن. وفي مصر هناك بعض القضايا التي ربما لا يتعلق الأمر فيها بالرعاية الصحية المباشرة ولكن تؤثر بصورة غير مباشرة على الصحة العامة مثل القضايا التي طرحت بسبب استيراد بعض المواد التي تؤثر سلبا على الصحة العامة وأدان القضاء المتهمين فيها بجزاءات جنائية.

الأمر إذن، يتعلق بقضية غاية في الأهمية لأنها تتعلق بحق أصيل للإنسان، وغاية في الأهمية لضخامة الاعتماد التي تخصصها الدولة لتوفير الرعاية الصحية مما يغري البعض للاستيلاء على هذه الأموال، كما أنه غاية في الأهمية لأنه يتعلق بفئة جديرة بالحماية إما لضعفهم نظرا لأمراضهم أو لضعف مستواهم الاقتصادي. ولهذا كله ينبغي أن يتنافس المتنافسون في مكافحة ظاهرة الفساد في ذلك القطاع متوسمين في ذلك بأكبر قدر من الشفافية وبأكبر قدر من إتاحة المعلومات لأن حرية المعلومات وحرية التوصل إليها من مصادرها وبصورة ميسرة وسهلة أصبح من أولويات العصر الذي نعيش فيه.

الصراحة والشفافية لمعالجة الفساد

الدكتور حاتم الجبلي وزير الصحة.

أود أن أشكر مكتبة الإسكندرية والدكتور إسماعيل سراج الدين لهذه الدعوة الكريمة لمنتدى الإصلاح العربي والتحالف المصري للشفافية "أمل"، وأنا سعيد للتعرف على الدكتور محمد سعيد الدقاق وسعيد أيضا لرؤية السيد محافظ الإسكندرية اللواء محمد عبد السلام المحجوب.

إن موضوع الشفافية والفساد في قطاع الصحة موضوع بالغ الحساسية لأن أية كلمة سنقولها من الممكن أن يتم تفسيرها بأكثر من طريق، وتؤثر على الرأي العام تأثيرا مباشرا، ومن هنا يجب أن نكون حريصين فيما سنقوله اليوم. وعندما كنت أشرع في إعداد هذا اللقاء فوجئت أن مركز مصر في درجة الشفافية تقهقر من سنة ١٩٩٨ إلى سنة ٢٠٠٨ حيث كانت مصر في سنة ١٩٩٨ في الترتيب السادس والستين وأصبحت في سنة ٢٠٠٥ في الترتيب السبعين، وكانت مفاجأة غير سارة بالنسبة لي، ومن يقوم بعمل هذا التحليل منظمة غير حكومية، ومن هنا كانت هذه فرصة طيبة لعقد هذا اللقاء ربما في العام القادم تؤدي الشفافية إلى فساد أقل.

يتأثر النظام الصحي تأثيرًا مباشرًا بموضوع الفساد، والفساد لا يعالَج إلا بالصراحة والشفافية، وهناك أنواع مختلفة من الفساد في القطاع الصحي سواء في تقديم الخدمات أو في قطاع الأدوية أو في قطاع التأمين، وسوف تتم مناقشة هذه الجوانب بالتفصيل في الندوة اليوم. لكن سأحاول هنا أن أتناول بشكل سريع للأسباب الكامنة وراء تعرض القطاع الصحي للفساد مع اقتراح الحلول التي يمكن وضعها في هذا المجال.

يواجه القطاع الصحي في مصر مشاكل عدة نتيجة لبعض الآليات التي تساعد على حدوث فساد في قطاع الصحة، وأول هذه الآليات هي النظم الإدارية، وفي الحقيقة فإنه لدينا قوانين ونظما رقابية في منتهى القوة لكن المشكلة دائما في تفعيلها، وفي الوقت نفسه لدينا

آليات إدارية في منتهى التعقيد، وكلاهما يتناقض والنتيجة في النهاية لا تكون في صالح المستهلك. أيضا، عدم الوضوح في عرض المعلومات للمنتج وللمستهلك، بمعنى أنه إذا تعرض أحد لموقف داخل الوزارة مثلا في مناقصة ما أو في توريد شيء ما فإنه لا يوجد أي وضوح في عرض أسباب رفض طلبه أو رفض المنتج الخاص به والذي يؤدي إلى فتح أبواب التساؤلات الكثيرة والتصرفات غير السليمة. أيضا في مسألة التعاقدات والمناقصات في الوزارة لا يوجد وضوح في جوانب كثيرة جدا وستحدث على نقطة واحدة فقط وهي مسألة التوصيف، فعندما يتم طرح مناقصة في وزارة الصحة فإنه في كثير من الأحيان تكون المواصفات اللازمة لتحديد المنتج المطلوب عامة، وهذه العمومية تؤدي إلى ألا تتحقق جودة المنتج الذي تطلبه الوزارة، لهذا نجد في نهاية الممارسة أو المناقصة ان من رسا عليه توريد المنتج يبدأ في تقديم الشكاوى، وفي الوزارة الآن توجد مناقصات عمرها أكثر من أربع سنوات نتيجة للشكاوى المتبادلة وإبلاغ الرقابة الإدارية، والمتضرر في نهاية ذلك كله هو المواطن الذي من المفروض أن يستخدم هذا المنتج، وفي الوقت نفسه يؤدي عدم الوضوح إلى فتح أبواب كثيرة جدا في عدم الدقة في الأداء.

كذلك، وكسياسة عامة من ضمن المشكلات التي تفتح أبواب الفساد في كثير من الدول وفي مصر في وقت ما، أن يكون التركيز على مناقصات ضخمة قد لا تحتاج إليها الدولة، مثل بناء مؤسسات ضخمة أو شراء معدات في منتهى التعقيد واستخدام تكنولوجيا غير مطلوبة وغير ذلك من الأسباب التي ربما قد تحقق مصلحة لجهة ما أو لشخص ما. أيضا، يجب أن نأخذ في الاعتبار عدم الشفافية في حسابات المؤسسات الحكومية سواء كانت في وزارة الصحة أو في المؤسسات التابعة لها مثل التأمين الصحي، ونحن نجد صعوبة شديدة في معرفة حسابات التأمين الصحي بدقة اليوم، ونقوم بأقصى جهد اليوم لكي تتحول هذه الحسابات إلى نظم واضحة يستطيع أي شخص الاطلاع عليها.

وعن أنواع الممارسات التي قد تحدث في القطاع الصحي، أقول إنها لن تختلف عن أي قطاع آخر، فمن الممكن أن يحدث سرقة أو اختلاس مثل ما يحدث في أي قطاع من القطاعات الأخرى، لكنني لاحظت أن أكبر مشكلة فيما يخص التعاقدات ونظم الشراء هي كما قلت عدم التوصيف الدقيق لما هو مطلوب والدخول في مناقصات ضخمة وعدم التركيز على الأساسيات مثل الرعاية الصحية الأولية والاهتمام بالتطعيمات وغيرها. ومن الممكن أن يحدث فساد في نظم الدفع، وسوف يشرح الدكتور سعيد راتب إمكانية حدوث هذا الفساد مثل أن تكون جهة متعاقدة مع جهة حكومية ولتكن التأمين الصحي مثلا، وتقدم هذه الجهة سعرا منخفضا للغاية لخدمة معينة ثم تأتي الجهة الحكومية التي قبلت هذا السعر المنخفض وتبدأ في التلاعب حوله وتدور حول هذا الموضوع بإضافة أسعار وخدمات إضافية غير حقيقية وبالتالي تحقق ربحا غير سليم وغير محقق لدينا. كذلك موضوع الفساد في تقديم الخدمة نفسها، وهي مشكلة كبيرة جدا، لأنه في تقديم الخدمة ربما تحدث مبالغة في وصف الأدوية أو ربما تحدث مبالغة في اختيار دواء غالٍ بديلا عن دواء رخيص تحقيقا لمصلحة شخصية أو الأخطر من هذا المبالغة في إجراء فحص أو جراحة أو علاج قد لا يحتاجها المريض.

وإذا حللنا الأسباب الكامنة وراء تعرض قطاع الصحة للفساد سنجد أن أول الأسباب هو عدم توافر المعلومة، ونحن حاليا في وزارة الصحة نحاول أن ننشر جميع المعلومات على شبكة الإنترنت بحيث لا تكون هناك أية معلومة مخفية. المسألة الثانية بخصوص المعلومة الخاصة بالمريض، فالمريض في مصر لا يعلم أين مستوى الخدمة الجيدة ولا ما هي حقوقه للحصول على هذه الخدمة الجيدة. ولكي نتحول من مجتمع بالوضع الطبي الحالي إلى مجتمع أوضاع مواطنينا فيه مماثلة لأوضاع المواطن الأمريكي الذي يستطيع من خلال شبكة الإنترنت أو أية جهة تقدم المعلومات أن يحصل على المعلومة السليمة عن مستوى أداء أو توفر أي خدمة، فإن ذلك سيحتاج منا الكثير من السنوات، لكن أستطيع أن أقول إننا بدأنا في أول أغسطس تجربة في خمس مستشفيات في القاهرة منها مستشفيات الهلال والهرم ومعهد ناصر ومدينة

السلام، وهذه التجربة قائمة على وضع عشرة معايير للجودة مثل معدل الوفيات في هذه المستشفى ومعدل دخول المريض المستشفى مرة أخرى بعد خروجه، وغير ذلك من المعايير البسيطة التي تحدد الجودة، وهذه المعايير سوف تقدمها المستشفيات إلى الوزارة كل شهر وسيذهب فريق من الوزارة للمراجعة على هذه المعلومات ثم تنشر في الصحف بصفة دورية، وبالتالي يبدأ يتكون لدى المواطن وعي يمكنه من اختيار الخدمة الجيدة وكذلك نستطيع أن نكشف أماكن سوء المعاملة أو سوء تقديم الخدمة أو سوء استخدام النفوذ أو السبل غير السليمة في تقديم الخدمة.

ومن ضمن ما يتعرِّض له قطاع الصحة من فساد عدم التخطيط الجيد، فقد فوجئنا في الوزارة هذا العام أن لدينا حوالي ٥٠٨ مشروع لم يتم الانتهاء منها، وبعض هذه المشروعات يمتد لعشر سنوات بحيث يتم إدراج أجزاء منها كل عام في الموازنة، ثم يحدث تعديل في الأسعار ويتوقف المقاول وتُفتح أبواب جهنم في تقييم مدى الحاجة إلى هذه الخدمة والتكلفة النهائية لها. ثم فوجئنا بأن هناك ٣٨٤ مشروعاً جديداً، مما يفتح ٣٨٤ مجالا جديدا، وما أود قوله إن التخطيط الجيد والمحدد يغلق أبواب الفساد ويمنع مد أجل المشروعات وزيادة تكلفتها وأعبائها المالية وفي الوقت نفسه يخلق جوا من الجدية في تنفيذ المشروعات بحيث تكون لها بداية ولها نهاية ولها حدود واضحة المعالم، ولدينا الكثير من المشكلات القانونية مع الكثير من الموردين بسبب سوء التخطيط، وطبعا أموال ضائعة وفي النهاية يؤدي هذا الجانب إلى عدم وصول الخدمة إلى المواطن. ويجب أن نعترف أن هناك كثيرا من التعقيدات وأننا نعمل ما في وسعنا لإنهاء هذه التعقيدات، وهناك أمثلة كثيرة تعرضنا لها وحاولنا إصلاحها خلال الأشهر الستة الماضية، أحد هذه الأمثلة هو تسجيل مستحضرات التجميل وما يناظرها من منتجات، فقد فوجئنا أن مستحضرات التجميل تستغرق ثلاث سنوات حتى يتم تسجيلها، وعندما قمنا بتحليل الموقف وجدنا أن هناك جهتين تستقبلان الطلب بحيث تستقبله الأولى فتقوم بتحويله على الثانية فيحدث حوار بينهما وبالتالي يتأخر الورق فيهما بين شهر إلى ثلاثة أشهر،

ثم يأتي عنق الزجاجة الأكبر وهي جهة السياسات والبحوث الدوائية حيث يمكث المنتج هناك لتحليله وفق واسطته. وقد فتح هذا قوى جبارة لأصحاب النفوذ داخل هذه الجهة، وفي الوقت نفسه منع الكثير من المستثمرين من التوسع في استثماراتهم في مصر في هذا المجال، كما فتح مجالا لعدم الشفافية وللتصرفات غير السليمة. وأذكر أن أحد السادة المستثمرين حضر إلى مصر ومعه مستحضرات تجميل تابعة لإحدى الشركات الكبرى، ومن هذه المستحضرات كانت أصابع أحمر شفاه تنتج منها الشركة مائة لون مختلف، فطلبت جهة البحوث الدوائية عينة من كل لون مع العلم أن النوع واحد واللون فقط هو المختلف، وكانت النتيجة أن غادر المستثمر، حتى تم إيجاد حل له عن طريق القرارات الجديدة التي تم اتخاذها مؤخرا. وما نقوم الآن على العمل الدءوب فيه هو موضوع تسجيل الأدوية، إن تسجيل الأدوية مشكلة كبيرة في مصر، ومثلما حددنا المدة الزمنية لتسجيل مستلزمات التجميل بثمانية وعشرين يومًا، وأن مستلزمات التجميل المسجلة في هيئة الأدوية الأمريكية أو في أوروبا تعتبر مسجلة في مصر، وتبدأ الرقابة في مصر بعد الإنتاج، لأنه من الممكن أن يتم إرسال منتجات مستوردة على أنها مستوردة ثم تتغير بعد ذلك، أما إذا تم اعتماد التسجيل بعد الإنتاج فذلك معناه تأدية العمل بصورة سليمة. وحول مسألة تسجيل الأدوية، فقد لجأنا إلى غرفة صناعات الدواء في اتحاد الصناعات المصرية ولجأنا إلى الإدارات المركزية للصيدلة وللسياسات الدوائية، وقد اجتمعوا معا كمنتجين وكمراقبين واتفقوا على سياسة موحدة محورها هو اعتماد تسجيل الأدوية بالخارج، بمعنى أنه إذا كان الدواء مسجلا في الولايات المتحدة الأمريكية ومر بكل الاختبارات التي يتطلبها القانون المصري فإنه يعتبر مسجلا في مصر، لكن قبل طرحه في الأسواق لابد من مراقبته مراقبة جيدة، وحددنا مدة زمنية للتسجيل تصل إلى ١٢٠ يوم بدلا من خمس أو ست سنوات، وإذا كان هناك أي اعتراض على التسجيل يُنشر على الإنترنت بحيث لا يكون هناك أسرار في الملفات. كذلك، قللنا أعداد اللجان التي توافق على هذه الإجراءات، فقد كان يصل عدد الأعضاء في بعض اللجان إلى ٢٤ عضو، وكانت اللجان لا تؤدي عملها بكفاءة عالية، ومن ثم تم تخفيض أعداد الأعضاء في هذه اللجان كما

أصبح أعضاؤها يتغيرون بصفة دورية بحيث لا يمكث أحد فيها لفترة طويلة، وكانت هذه بعض النماذج التي اتخذناها لإصلاح بعض الأمور.

وسوف ننشر بصفة دورية كل المواد المتاحة، وفي الوقت نفسه سوف تخضع الموارد المالية الخاصة بوزارة الصحة إلى رقابة مالية أكثر وضوحا، والحق أن الجهاز المركزي للمحاسبات يؤدي دوره لكن إضافة جهات رقابية أخرى مع مزيد من التحديث للنظم المالية سيضمن الشفافية في كل المناقصات وعمليات التسجيل.

هنا يجب التأكيد على أن للمجتمع المدني دورًا هاما في نشر ثقافة الشفافية وفي الرقابة على كل هذه الإجراءات بما فيها السلطة الرابعة أو الصحافة. وحتى لا يكون النقد دائما هو الأساس فلابد أن نضع الحلول، وهذه الحلول بإيجاز هي:

١) أن آليات الصرف المالي والتسجيل المالي في الحكومة يجب أن تُحدث وتُبسط وتكون أكثر شفافية.

٢) أن تكون الرواتب والأجور مجزية لأن هذا عامل هام للغاية للعاملين في القطاع الصحة سواء أن كانوا إداريين أو أطباء، وقد بدأنا بالأطباء حديثي التخرج ونسير في اتجاه تحسين رواتب وأوضاع النواب ومساعدي الأخصائيين وغيرهم من العاملين في القطاع الصحي بما فيهم العاملوين في مكاتب الصحة والعاملين في المؤسسات الصحية المختلفة مثل الحجر الصحي وغيرها.

٣) اتباع قواعد الشفافية في عمليات التسجيل مثلما شرحت بالنسبة للأدوية ومستحضرات التجميل كنموذج.

٤) وضع جهاز رقابي قوي لمراقبة عمليات تداول المستحضرات والمستلزمات والخدمات الطبية، وقد تم اتخاذ إجراءات قوية في الفترة الأخيرة، نموذج لهذا كان هناك أحد أنواع

الألبان الذي لم يكن جيدا وأوقفناه وأغلقنا المصنع الذي يعيد تنظيم أعماله في الوقت الحاضر حتى يعود للإنتاج،

٥) استخدم الشفافية في إقرار حقوق الملكية الفكرية بطريقة سليمة، كما حدث في موضوع الفياجرا.

٦) وفيما يخص الخدمات الصحية ضرورة اتخاذ إجراءات صارمة ضد المخالفين في تقديم الخدمات الصحية، وقد تم إغلاق ٢٩٤ مؤسسة صحية في الأشهر الستة الماضية نتيجة الممارسات الطبية الخاطئة، وعدم الوضوح في الأداء الطبي وقد تم ذلك في ١٥ محافظة، وأكثر محافظة تم فيها إغلاق مؤسسات صحية كانت محافظة دمياط، وهذا مما يبرز أهمية الرقابة المستمرة على الأداء.

٧) فيما يخص العلاقة بين الإجراءات الصحية والصناعة الدوائية أقول إنه فيما يخص المناقصات يجب ان تكون هناك شفافية تامة، ثم يجب على الحكومة وعلينا تشديد العقوبة على المخالفات والفساد، وأحد الجوانب التي شدد عليها بالتعاون مع نقابة الصيادلة هو موضوع قانون مزاولة مهنة الصيدلة، وإذا تداول الصيدلي مستحضرات غير سليمة أو مهربة فإن العقوبة بسيطة للغاية وهي إحدى الجوانب التي يجب أن تعيد الحكومة النظر فيها، وفي الوقت الحالي ننظر بجدية إلى القانون الخاص بمزاولة مهنة الصيادلة والساري منذ عام ١٩٥٥ أي أنه لم يعدّل منذ ٥١ سنة.

٨) تغليظ العقوبة على الدواء المغشوش وعلى إنتاجه، ومن المعروف أن ١٠٪ من الأدوية في كل دول العالم مغشوشة، وهذا رقم مخيف.

٩) من الضروري تطوير الجهات التي تلاحق الفساد بصفة مستمرة وإمدادها بالموارد والوسائل التي تمكنها من أداء عملها، ومن ضمن المفاجآت التي وجدتها في وزارة الصحة أن الإدارة المركزية للصيدلة والمسئولة عن الرقابة على الصيادلة ليس لديها ولا حتى سيارة واحدة، فكيف سيؤدي هؤلاء عملهم في الرقابة؟

أكرر شكري لهذه الدعوة الكريمة، وأتمنى أن تكون الندوة اليوم مفيدة للجميع، وأتمنى العام القادم أن تكون مصر في المركز الخمسين مثلا بدلا من المركز السبعين.

من يدفع القيمة الحقيقية للخدمة الصحية؟

الدكتور حسن ندير رئيس جامعة الإسكندرية

أشكر الدكتور إسماعيل سراج الدين الذي أعطاني الفرصة لتوجيه كلمة في هذا الموضوع. وأرى أن الكلمات التي تطرقت إليها المنصة في عرض موضوع الفساد والشفافية أهملت جزأين هامين في العملية العلاجية والصحية في هذا المجتمع، أولهما دور الجامعة في تخريج الطبيب، لأنه إن لم تستطع الجامعة تخريج الطبيب الذي يستطيع أن يزاول مهنته بصورة سليمة فإن هذا يعتبر جزءًا من الفساد الموجود في المجتمع، وفي الوقت نفسه دور نقابة الأطباء لأنه لو لم تكن النقابة تستطيع أن تراقب العمل الذي يقوم به الأطباء وتحاسب المقصرين فإن هذا أيضا جزء من الفساد. لهذا فإن آليات مكافحة الفساد في قطاع الصحة يجب أن تهتم بهذين الدورين، ويجب أن نتأكد أن كليات الطب تخرج الطبيب القادر فعلا على ممارسة هذه المهنة.

وهناك موضوع آخر أحب أن أتطرق إليه ويعد في وجهة نظري أحد أسباب الفساد وهو تقاعس المجتمع ككل على دفع القيمة الحقيقية للخدمة، وقد أحسسنا بذلك بعد موضوع حريق الحضّانات في مستشفى الشاطبي وفي موضوع غرق العبَّارة وفي موضوع حوادث القطارات ووسائل النقل العام وخلافه. إن القيمة الحقيقية للخدمة يجب أن تدفع سواء دفعها الفرد بالكامل في الدول التي يقوم اقتصادها على السوق الحر، أو تدفعها الحكومة بالكامل أو تدعمها في الدول الأخرى، وعندما يتقاعس المجتمع ككل عن دفع القيمة النقدية الحقيقية للخدمة، فإنه يدفعها بصورة أخرى، في صورة كوارث. إن الكوارث التي تحدث هي ثمن يدفعه المجتمع حينما يتقاعس جميع أفراده عن دفع القيمة الحقيقية للخدمة. إن عدم دفع هذه القيمة يؤدي إلى الفساد لأن الهيئة التي تؤدي هذه الخدمة سواء أن كانت مستشفى أو خلافه ستضطر إلى أن تتغاضى عن المعايير التي يجب أن تتبع في تنظيم هذه الخدمة، وهذا

التغاضي يؤدي إلى ضرورة تغاضي الجهات الرقابية عن هذه المراقبة، وبالتالي ينفتح المجال الواسع للفساد.

وتصوري أنه عندما يقتنع المجتمع ككل أن كل خدمة لها قيمة وأن هذه القيمة يجب أن تُدفع فإننا سنستطيع التخلص من الفساد الموجود في هذا المجتمع.

مخاطر "مستشفيات تسليم المفتاح"

المستشار محمد الجندي النائب العام الأسبق

لي الشرف الكبير أن أُدعى لهذه الورشة، إن موضوع هذه الورشة أعتبره من أهم ما يمكن أن تتصدى له مكتبة الإسكندرية لأن الشفافية في مجال الصحة تتصل بحياة الإنسان، وحياة الإنسان أغلى ما يملكه، إذن لا يمكن أن نكون مطمئنين على حالنا في ظل الفساد في هذا القطاع. وأنا أشكر الدكتور حاتم الجبلي لإعلانه بجرأة عن وجود الفساد في القطاع الذي يرأسه في الدولة وقد تصدى بالإبلاغ عن حالات صارخة للفساد مما يشجع الناس على أن تعرف إلى أن هناك اتجاهاً للعناية بالشفافية ومحاربة الفساد.

إن مجالات الفساد في قطاع الصحة مجالات متعددة تبدأ بالتدني في التعليم الطبي، وهذه مسألة لابد أن نتناولها، لأنه بعد أن كان أطباؤنا يعاملون عالميا على أنهم مؤهلون تأهيلا عاليا أصبحنا نجد أن هناك بعض الدول التي تشترط إعادة دراسة الطب لخريج الطب في مصر. أيضا لم نتناول موضوع زراعة ونقل الأعضاء لأن في هذا الموضوع ينتشر الفساد والتلاعب، وهناك مشروع قانون شاركت في إعداده منذ خمس سنوات ولا يزال حبيس الأدراج لأن الصراع فيه صار بين فريقين من الأطباء أحدهما يرى ضرورة سريان القانون والآخر يرى العكس، بينما القانون تم إعداده إعدادا جيدا وهناك العديد من الضمانات لعدم العبث به، وأعتقد أن دفع هذا القانون إلى السير هام للغاية. أيضا، هناك الإدارة الطبية في المستشفيات، إن أغلب القائمين على هذه الإدارة ليس لديهم أية خبرة إدارية، ولابد أن يتم تأهيل المسئولين عن المستشفيات لهذه الإدارة. كما أن بيئة المستشفيات والتخلص من المخلفات الطبية وإيذاء البيئة نتيجة هذه المخلفات وعدم اتخاذ الإجراءات الآمنة للتخلص منها كمخلفات خطرة، تعد مسألة تعنينا. وأود ذكر مسألة غش الأغذية والفساد فيها والمتروكة لبعض مفتشي الأغذية ليسوا على المستوى والذين تكون الرقابة عليهم محدودة ويستطيعون أن يجيزوا أغذية سيئة وضارة بصحة الإنسان.

ولابد من التأكيد على أن هناك بعض الأجهزة الرقابية عليها قيود في الإبلاغ، وهذه الأجهزة جيدة وتستطيع أن تكشف جميع أنواع الفساد لكنها لا تستطيع الإبلاغ عن الفساد، وقد عايشت ذلك عندما كنت أشغل منصب النائب العام إذ إنه لابد لكي يتم الإبلاغ فإنه لابد من أخذ الإذن من المسئول الذي من المفروض أن يتم الإبلاغ ضده! وهذه المسألة لابد أن يتم رفعها من القانون، وعندما كنت نائبًا عاما كنت أتغلب على هذه العقبة في القانون عندما كنت أرسل الشكوى وأطلب فحصها بحيث يخرج من نطاق الاستئذان ممن هو أعلى منه لأن هذا الفحص يكون انتدابا من النيابة العامة للفحص وبالتالي كان يبلغني مباشرة.

إن الفساد موجود منذ زمن طويل، حتى أن قصر العيني كانت له قضية شهيرة من قضايا الفساد، ولابد من أن أقول إن مستشفيات تسليم المفتاح هي أحد صور الفساد في مجال الصحة، وبشكل عام أنا سعيد بهذه الورشة وبأي تصد للفساد في مجال الصحة لأنني مصاب بحساسية شديدة ضد الفساد.

الطب ليس مهنة أطباء إنما مهنة مجتمع

الدكتور إبراهيم بدران وزير الصحة ونقيب الأطباء الأسبق

أشكر الدعوة الكريمة لحضور هذا الاجتماع القيم في إطار هذه النعمة التي أنعم الله بها على مصر وهي مكتبة الإسكندرية، وفي وجود أساتذة كرام ورواد مرموقين، وهذا شرف كبير أن أسعد بالحوار.

أتحدث كرجل مخضرم أمضى حياته كلها في هذه المهنة من تلميذ إلى مدرس إلى قيادة كلية إلى قيادة جامعة إلى قيادة وزارة إلى قيادة أكاديمية البحث العلمي، ثم عضوية المجالس القومية المتخصصة، والتي تضم نخبة من العلماء الذين يزودون الدولة بالآراء القانونية الصائبة. وقد اطمأننت على مصر وأنا في نهاية عمري بأنها في أيد أمينة وذلك من مستوى الحوار ومستوى الاهتمام أو الـConcern، ومهنة الطب في العالم كله تلتزم بكلمتين هما Concern & Stewardship، والمقصود أن يكون الطبيب خادمًا لمشكلة اسمها المرض والصحة، وأن ينعي هم هذه المهنة وهذا البلد الذي سنساءل عنه.

إن مهنة الطب ليست مهنة أطباء فقط ولكنها مهنة مجتمع، إن المجتمع بالكامل مسئول عن صحته، وإذا كان تعليم الطب تابع لوزارة التعليم العالي وليس لوزير الصحة لكن مسئولية وزير الصحة هي أن يؤشر للجامعة على المستوى والتوجه والمتطلبات. وكلما أغدق الله على وزارته ببعض الدخل فلابد وأن يعرف أن جزء من هذا الدخل لابد أن يوضع في أسمنت المهنة وهو تكوين الطالب وتخريجه، وهذه قضية سعدت بممارستها في مرحلة كان بها فقر رهيب في مصر بعد حرب ١٩٧٣ وتحديدا عام ١٩٧٦ عندما تحولت البوصلة الاقتصادية في مصر من الاشتراكية إلى الرأسمالية.

وما أود قوله هو إن الإسكان وسياسة المياه والغذاء والتعليم والبيئة وسلامة التغذية وحماية المستهلك، كلها مدخلات للحالة الصحية ولا يمكن أن تكون هناك صحة دون انضباطها، ومن

هنا أرجو أن يعرف السيد وزير الصحة أن دوره يتكامل مع كل أجهزة الدولة في إنجاز المهمة التي أناطها الله بها، ليقوم بما يرضيه وأعرف عنه أنه رجل تقي ويريد أن يقابل الله بعد أن يكون قد قدم خيرا لهذا البلد.

إن التكامل قضية حتمية، وفي أيامنا كان يوجد ما يسمى مجلس الصحة الذي أتمنى من السيد وزير الصحة أن يعيد إحياءه لأن هذا المجلس كان يقوم بالجمع بين كل المؤسسات حيث كانوا يوضحون لوزارة الصحة كل ما يجري في الحقل الصحي على مستوى الدولة من الجيش إلى المدارس إلى التموين إلى المياه كل شيء، وفي أحد المراحل حدث أن تم إلغاء هذا المجلس بدعوى رفض تدخل أي أطراف من خارج وزارة الصحة في صنع قرار الصحة، وأنا أتوجه بنداء خاص إلى صناع القرار لعودة هذا المجلس، لأن للمواطن الحق في أن يصِّل لوزير الصحة كل الأخبار الموجودة في المؤسسات المختلفة والمتعلقة بصحته.

النقطة الثانية حول دور وزارة الصحة في الجامعات، هنا أرجو أن تقوم وزارة الصحة بتشكيل لجنة لتقييم الخريجين من كليات الطب المختلفة في الجمهورية والتي يصل عددها إلى حوالي عشر أو خمس عشرة كلية طب بحيث يحدث standardization لمستوى الخريج لأن هذه مسألة في منتهى الخطورة لأنني أذكر عندما كنت في الوزارة طلب وزير التخطيط الذهاب لإجراء جراحة في القلب في كليفلاند، وعندما عاد سألته إذا كان ذهب إلى كليفلاند فأخبرني أنه لم يذهب إلى هناك ولكن ذهب إلى بافالو وعندما سألته ما هذه المستشفى فأجابني أنهم في أمريكا قد أبلغوه أن أي مستشفى في أية قرية لا تقل في مستواها عن مستشفيات كليفلاند وأوهايو وتكساس. إن قضية الخريج الجامعي لكليات الطب من الممكن أن يكون لها شكل مختلف لو اتحدت جهود وزارة الصحة والتعليم العالي وهو ما سوف يضيف لوزارة الصحة أفقا مختلفا لتحديد نوعية الخريج الحريص على عمر المواطن.

النقطة الثالثة تختص بالعمل المنظومي، وكلمة منظومة تعني وجود شبكة تتولى أداءً متكاملا بداية من تكوين الفرد القائم عليه إلى حياة الشخص الذي سيستهلك هذه المهنة

من يوم ميلاده إلى يوم وفاته. ونحن في مصر أبعد ما نكون عن العمل المنظومي، وهذا العمل المنظومي هو الذي بني العالم بعد الحرب العالمية الثانية، لم يتغير العالم بأية فاعلية من التقدم أكثر من اقتحام المشكلات بفكر منظومي.

في الختام لي اعتراضان صغيران على ما بعض ما قيل، أولا الفكرة التي تقوم على إن عدم دفع ثمن الخدمة يؤدي إلى الفساد، وأنا أحترم معالي رئيس الجامعة الذي ذكر هذه الكلمة، لكن من كانت يده مغروسة لخدمة هذا البلد والذي قطعها على قدميه من أسوان وحتى الإسكندرية ومن السلوم وحتى رأس بناس يعرف مدى حاجة الإنسان المصري للخدمة المجانية، وأود أن أقول هنا إن هذه ليست اشتراكية ولا رأسمالية ولا إسلامية ولا كونفوشيوسية ولكنها إنسانية، وللأسف الشديد، هناك نسبة في الشعب المصري لا تقل عن ٣٠٪ في احتياج للخدمة المجانية وليست المجانية، الخدمة المعانة بمعنى أن الشخص لن يدفع شيئا من جيبه وذلك لأنه لا يوجد شيء في جيبه، ولأن دخله على المستوى الذي يحتاج إلى الإعانة. ومع احترامي الشديد أن تكون كل خدمة مدفوعة الأجر ولكن ليس من جيوب هؤلاء الذين لا تكفي دخولهم المتواضعة لسد تكلفة الخدمة الصحية التي تتميز بأنها تتطور يوما بعد يوم.

الاعتراض الثاني هو حول ما قيل عن أن المهنة تدعو للفساد، وأنا أقسم أنها لا تدعو إلى الفساد وأن ٩٥٪ أو ٩٨٪ من رواد هذه المهنة شرفاء، هذه المهنة لا تدعو للفساد مع احترامي الشديد لمن طرحوا هذه الفكرة، ومن اليوم الذي تخرجت فيه وحتى اليوم الذي توليت فيه رئاسة الجامعة تخرج في كليات الطب ما يزيد على خمس وثلاثين دفعة، لم أسمع عن فساد مذِل إلا مرات قليلة، قد تكون مجالات الفساد في المهنة كبيرة ولكنها لا تدعو أبدا للفساد.

المسألة الأخيرة والتي أتألم كثيرا عندما أذكرها هي أن ابني مات بسبب حقنة مضاد حيوي تم تصنيعه في بئر سلم، وهناك الكثير من الأدوية التي يتم تصنيعها بهذه الطريقة، وإذا أمكن للدكتور حاتم الجبلي أن يوقف هذه المصيبة فسيكون قد قدم لمصر ما لم يقدمه لها أحد.

ثالثاً: أوراق مرجعية

الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان

مشروع مقدم من الدكتور/ حسام بدراوي للجنة الحقوق الاجتماعية، المجلس القومي لحقوق الإنسان

١- مقدمة

لاشك أن حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية في وطنه أصبحت أحد دعائم المجتمع الرئيسية، ومظهر لحضارته، وأساس هام لاستقراره ورضاه، ولقد امتد مفهوم الرعاية الصحية ليشمل بالإضافة إلي تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، مفهوم الحفاظ علي الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع والحفاظ على حقوق الإنسان . إن الرعاية الصحية تعتمد على أسس محدده أهمها، توفرها للمواطن بالقرب من مكان معيشته وعمله، توفرها بجوده معينه، وقدره المواطن على الحصول عليها و قدرته على تحمل تكاليفها بالنسبة لدخله.

وحيث أن تكلفه الرعاية الصحية ترتفع يوما بعد يوم، نظرا لارتفاع قيمة الأجهزة الطبية، والاحتياج لتطويرها، وارتفاع أسعار الدواء والإجراءات التشخيصية. وكذلك ارتباط أسعار المستلزمات الطبية المستخدمة في العمليات بالعملة الأجنبية. فإنه يجب علينا أن نفكر بأساليب أكثر ابتكاراً في كيفيه استنباط طرق مختلفة لاستمرار تقديم الرعاية الصحية للمواطنين، بجوده عالية وتحديد دور جديد لوزارة الصحة في المجتمع بتغيراته السياسية والاقتصادية والاجتماعية.

إن حق المواطنين في الحصول علي الرعاية الصحية المناسبة يجب أن يعتمد علي احتياجاتهم وليس علي قدرتهم علي تسديد تكاليف هذه الرعاية، وحيث أن الرعاية الصحية ليست

منتج كغيرة ولا خدمة كغيرها في المجتمع، فهي بطبيعتها قد تكون غير متوقعة، وقد تكون باهظة التكلفة. لذلك فإن توجهنا يجب أن يكون بتجميع الطاقات المتاحة والعمل ضمن إطار منظومي بدلاً من الجهود المتفرقة، ووضع استراتيجيات مستقبلية، واضعين في الاعتبار النمو السكاني وقدرات المواطن والدولة لتحقيق أهداف لا يمكن التنازل عنها للمواطن بغض النظر عن قدرته المالية.

إن رؤية المجلس القومي لحقوق الإنسان نحو الرعاية الصحية في مصر تركز علي احتياجات المواطنين كأفراد، والمجتمع ككتله، ونؤمن بأن ذلك لا يحتاج فقط لزيادة الموارد والاستثمار العام في مجال الصحة، ولكن يحتاج إلي تنمية بشرية في هذا القطاع للأطباء، هيئات التمريض والمؤهلين ومتخصصي الخدمات المساعدة للرعاية الصحية وكذلك تحديد الأولويات، ودمج المجتمع ومشاركته كمقدمي خدمة ومتلقيها وأسرهم في هذه الرؤية، والفاعلين في استخدام الموارد المتاحة .

يعتبر حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية من حقوق الإنسان و التي تكفلها العديد من المعاهدات الدولية التي قامت مصر بالتوقيع عليها. فقد أكدت المادة (٢٥) من الميثاق العالمي لحقوق الإنسان أن "لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفى لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، وخاصة على صعيد العناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في ما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه." كما تشير المادتين التاسعة و الثانية عشر من العهد الدولي بالحقوق الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية إلى حق كل شخص في الحصول على الضمان الاجتماعي و حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.

و تتضمن التدابير التي يجب على الدولة أن تتخذها لتأمين ممارسة هذا الحق تأمين نمو الطفل نموا صحيا و تحسين جميع جوانب الصحة البيئية و الصناعية و الوقاية من الأمراض

الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها، بالإضافة إلى تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية و العناية للجميع في حالة المرض .

و قد أشار دستور منظمة الصحة العالمية في ديباجته إلى أن التمتع بأعلى مستوى متاح من الصحة هو أحد الحقوق الأساسية للإنسان.

أخيرا يشير الدستور المصري في المادتين ١٦ و ١٧ إلى إن الدولة تكفل خدمات التأمين الاجتماعي و الصحي للمواطنين في مصر ويعمل المجلس القومي لحقوق الإنسان على توافق سياسات الدولة و تشريعاتها مع المبادئ العامة لحقوق الإنسان، و ما جاء من التزامات للدولة كنتيجة لانضمامها إلى معاهدات دولية في هذا المجال. و قد وقعت مصر على جميع المواثيق الدولية التي تم الإشارة إليها في المقدمة، مما يجعلها ملتزمة بتقديم خدمات الرعاية الصحية بشكل يحقق المستوى الأدنى من هذه الالتزامات .

٢- تحليل الواقع الحالي

لقد حققت مصر نجاحاً ملموساً في تحسين أوضاع الصحة العامة لمواطنيها، وقامت باستثمارات متوسعة في بناء وزيادة عدد الأسرة المتاحة للمواطنين وزيادة عدد الأطباء والعاملين في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية، وعلاج عدد كبير من المواطنين علي نفقة الدولة. وبالرغم من هذا النجاح فإن هناك تفاوت كبير في الحالة الصحية بين فئات الشعب المختلفة وبين المواطنين في الشمال والجنوب، والحضر والريف. كما أن هناك تحديات جديدة تظهر وتهدد المجتمع (مثل الالتهاب الكبدي الوبائي) وأخرى موجودة في مجتمعات محيطة بنا (مثل الإيدز) وحالات ترتبط بتغير الضغوط الاجتماعية والاقتصادية علي المواطنين (مثل زيادة نسبة الوفيات نتيجة أمراض القلب والجهاز الدوري) وكلها تؤدي إلي ازدياد الحاجة إلي علاج الأمراض، خصوصاً بتوفر أنماط علاج أو جراحات جديدة، وقد تحتاج لتغيير سلوك المجتمع تجاه بعض العادات السيئة (التدخين مثلاً).

ولابد أن نذكر أن برامج الرعاية الصحية في العقود السابقة قد نجحت في تطعيم الأطفال، والقضاء علي البلهارسيا بشكل كبير وامرض الإسهال للأطفال، وشلل الأطفال، وبشكل نسبي أقل في برامج تنظيم الأسرة إلا أن برامج تقديم الرعاية الصحية الأولية للمواطنين وأسرهم مازالت تحتاج للكثير من العمل حيث يتفاوت توفر وجود هذه الرعاية بشكل كبير من مكان لآخر ومن مواطن إلي لآخر ومازال قطاع كبير من المواطنين لا يحظى بالقدر الكافي منها.

٣- مسؤولية المجتمع عن الصحة

إن مجرد تقديم خدمات علاجية للمواطنين، من القطاع العام أو الأهلي غير الهادف للربح أو الخاص، لا يعني علي الإطلاق إن صحة المجتمع أفضل... حيث أن تقديم هذه الخدمات جزء من مكون الصحة العامة للمجتمع، التي هي المسؤولية الأساسية للحكومة وترتبط الصحة العامة للمواطنين بعوامل مؤثرة كثيرة أهمها،١- التعليم ٢- نسبة الفقر ٣- حالة البيئة ٤- عادات المجتمع الغالبة ٥- النمو السكاني ٦- نسبة الجريمة والحوادث. وكل هذه العوامل تتداخل بشكل أو بآخر وتؤثر سلباً وإيجاباً مع الصحة العامة، ولا يمكن تصور عملية إصلاح للصحة في مصر بدون التوجه نحو هذه العوامل الأساسية والتدخل فيها ضمن إطار أعم وأشمل لضمان حقوق الإنسان في كافة الجوانب بالتداخل مع حقوقه الاجتماعية الأخرى.

وهناك علاقة قوية بين التعليم، ونسبة الأمية والصحة، كما أن التغذية في المدارس خصوصاً في المراحل الأولى لها أهمية تعليمية في الاستيعاب، وكذلك زيادة عدد المتعلمين لها أهمية في رفع درجة الصحة العامة في المجتمع.

٤- مبادئ أساسية لحقوق الإنسان في الرعاية الصحية

يرى المجلس القومي لحقوق الإنسان اتساقا مع المواثيق الدولية الخاصة بالرعاية الصحية أهمية تطبيق المبادئ التالية ضمانا لحقوق المواطن المتفق عليها عالميا

أـ العمومية : أي أن يحصل جميع المصريين علي نفس مجموعة الخدمات الصحية خاصة الرعاية الأولية.

ب ـ الجودة : أي أن تتمشى معايير تقديم الخدمة مع المعايير العالمية المتعارف عليها إكلينيكياً واجتماعيا.

ج ـ العدالة : أن يتوزع العبء المالي لتكلفة الخدمات الصحية بعدالة علي كافة المواطنين، وأنه تحت أي ظروف لا يجب أن يحرم منها من ليس له قدرة علي سداد تكاليفها في أي وقت.

دـ الفعالية : وهي أن يتم تقديم أعلي جودة من الخدمات بأقل تكلفة.

٥- الأهداف والعناصر الأساسية لتوجهات الإصلاح الصحي ضمانا لحقوق الإنسان

أ. تحديد مجموعة خدمات الرعاية الصحية الواجب توفرها لكل مواطن ومعايير قياس جودتها بناء علي المتعارف عليه عالمياً وعلمياً. وهذه المجموعة الخدمية يجب أن يتوفر فيها عناصر الفعالية، والتوفر، وإمكانية الحصول عليها خصوصاً لغير القادرين والفقراء.

ب . تحديد الموارد المالية المطلوبة للتأكد من إمكانية تقديم الخدمات بدرجة عالية من الجودة والاستمرارية، و يمكن أن تكون هذه المصادر حكومية أو غير حكومية.

ج. استخدام طرق جديدة لتنظيم تمويل تقديم الخدمات الصحية المقررة من الموارد المتاحة. حيث أن الوضع الحالي في تمويل الخدمات، سواء من الحكومة أو من غيرها من الموارد المتاحة يحتاج إلي تحسين كبير، وإدارة أكثر فاعلية ويظهر من التحليلات المختلفة أن الأمر لا يحتاج إلي زيادة الإنفاق العام أو الخاص علي الرعاية الصحية بقدر الاحتياج لإدارة أفضل لهذا الإنفاق، وقد يحتاج هذا الأمر إلي العديد من الإجراءات التي يجب تدارسها وتشمل :

- قدر أكبر من اللامركزية في الموازنة والإنفاق والإدارة للمؤسسات الصحية المختلفة.

- زيادة فعالية الإنفاق وإمكانية مكافأة مقدمي الخدمة بناءً علي امتياز أداؤهم وخصوصاً في التأمين الصحي الاجتماعي.

- دور مركزي لوزارة الصحة لوضع معايير القياس والجودة وتقديم الرعاية الصحية الأولية، وخطط المستقبل والبحث العلمي وجمع المعلومات الإحصائية بدقة.

- زيادة المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص في تمويل وتقديم الخدمات المطلوبة ضمن الإستراتيجية العامة للدولة.

د. الانتشار الجغرافي للخدمة لتقليل مشقة الانتقال للمرضى وأسرهم.

هـ. تكثيف الجهود للوقاية والحماية المبكرة.

و. السيطرة على مصادر التلوث والأوبئة.

ز. حماية المواطنين من الممارسات الضارة والتي قد تصدر من المؤسسات أو الأفراد وتؤثر على صحتهم في الحاضر أو في المستقبل (التدخين – النظافة العامة – حماية البيئة ...الخ).

ح. ضرورة تحقيق نجاح أكبر وأعمق في السيطرة على النمو السكاني بتوازن بين حقوق المواطن في تكوين الأسرة، وحق المجتمع في تحديد نسبة النمو السكاني التي تتماشى مع معدلات التنمية والقدرة على تقديم الخدمات للمواطن بجودة عالية خصوصا في الصحة والتعليم.

٦- الاستراتيجيات المقترح الالتزام بها

يتوجه المجلس القومي لحقوق الإنسان نحو استمرار زيادة التمويل من الموازنة العامة الموجه للرعاية الصحية وجنباً إلى ذلك يتم البحث عن صيغة لمشاركة المجتمع القادر على توفير تمويل إضافي من أجل خدمة أفضل. وتشمل الإستراتيجية المقترحة التالي:

- وجود العيادات الشاملة بالقرب من التجمعات البشرية.
- التنسيق بين جميع المؤسسات الوطنية القادرة على تقديم الخدمة والتي لديها مؤسسات قادرة على العطاء (الصحة – التعليم العالي – القوات المسلحة) .
- تقوية فاعلية شبكة الإنذار المبكر للأمراض حتى تتوافر الوقاية المبكرة وتعبأ الموارد في الوقت المناسب.
- مد الجسور وتعميق الصلات مع المراكز الطبية المتطورة في العالم والاستفادة من الخبرات المصرية التي حققت تميزاً عالمياً جنباً إلى جنب مع الخبرات العالمية.
- توطين وتفرغ الأطباء في مناطق الخدمة خاصة في الريف والأماكن النائية ضماناً للتواجد لتقديم ما يطلب من خدمات.
- التنمية للمهارات والقدرات للخدمات المعاونة خاصة في مجال التمريض والهندسة الطبية وإدارة المنشآت الصحية، وتصنيع المستلزمات والدواء.

- إعطاء أولوية خاصة لتنظيم الأسرة وصحة المرأة والطفل.
- التوسع التدريجي في التأمين الصحي، مع توفير موارد متزايدة له.
- الاستمرار في تطوير وتحديث ومد خدمات الطوارئ والخدمات الطبية العاجلة (نقل الدم)، والارتقاء بمستوى خدمة الإسعاف في المدن والقرى وعلى الطرق.

٧- التوجه نحو اللامركزية

إن رؤية المجلس القومي لحقوق الإنسان تتوجه إلى دور اكبر لوزارة الصحة في وضع معايير الجودة ومراقبة مقدمي الخدمة، والتوسع في مشروعات الوقاية، والتوعية الصحية، ونظافة البيئة ومراقبة أسعار الدواء وعلى خلق المناخ لجذب الاستثمار في مجال تصنيعه، والعمل على تشجيع تواجد أشكال مختلفة من التأمين الصحي لتغطية المواطنين، والنظافة العامة، والرقابة على الغذاء، وعلى التجارب الدوائية على الإنسان ورعاية المولودين والأمهات وتطعيمهم ووضع الخطط نحو تواجد الخدمة في كل مكان جغرافي في مصر، ورعاية غير القادرين بتسديد تكاليف علاجهم بأحد الأساليب التي يتفق عليها ومقاومة الأوبئة والقضاء على الأمراض المتوطنة وكلها وظائف هامة جداً تضبط خدمة تقديم الرعاية الصحية في المجتمع.

أما في إطار تقديم الخدمة المباشرة للمواطنين فأننا ندعو لتطبيق اللامركزية في تقديم الرعاية الصحية، في المحافظات علي مستوي الوحدات الصحية والمستشفيات، وكذلك خدمات الإسعاف والطوارئ مع دعوة المجتمع المحلي للمشاركة في الإدارة والتمويل، وطرح التطورات حول المساحة المتاحة لهذه المؤسسات وتدريب وتأهيل القيادات المحلية لهذا التوجه تدريجياً.

إن التوجه نحو اللامركزية لا يضمن فقط تحسين خدمات الرعاية الصحية للمواطنين برؤية أكثر قربا لاحتياجات المواطنين في تجمعاتهم المختلفة، ولكنه توجه يزيد من المشاركة المجتمعية

ويضيف للمواطن حقوقا أخرى في التخطيط والرقابة على المستوى المحلي، ويحقق بذلك فوائد متعددة تضيف إلى حقوق الإنسان المصري.

٨- مسؤولية الدولة في توفير الدواء والمستلزمات

ويؤكد المجلس القومي لحقوق الإنسان على أهمية تشجيع الاستثمار الوطني والأجنبي في صناعة الدواء ويدعو للتوسع فيه، إلا أن الدولة يجب أن يكون لها دائماً القدرة علي التحكم في سعر الدواء وحماية غير القادرين وتسهيل حصولهم علي علاجهم.

ويؤكد أيضا علي ضرورة توفر الأدوية الأساسية حسب قوائم منظمة الصحة العالمية، كذلك توفر الأدوية للأمراض ذات الانتشار في المجتمع مثل السكر وضغط الدم بأسعار مناسبة، طول الوقت.

ويتوجه المجلس بدعوة لأطراف المجتمع الصحي، دولة وأفراد ومؤسسات لضبط صرف الأدوية بالصيدليات وبالمستشفيات بالجرعة، والترشيد في الاستخدام من خلال توعية مقدمي الخدمة والمستفيدين منها.

ولعل ذلك يقودنا إلي توجه المجلس نحو توجيه الدعم المالي الذي توفره الدولة، للمريض غير القادر مباشرةً وليس للمنتج النهائي حيث يستفيد القادر وغير القادر في الحالة الأخيرة من الدعم وقد يصل الأمر إلي تجارة غير مشروعة في الأدوية المدعومة بدون وجه حق، وهو الأمر الذي يحتاج للنقاش والحوار بين أطراف المجتمع كله.

كذلك يؤكد المجلس على أهمية البحث العلمي في صناعة الدواء، واستنباط أدوية مصرية. وهو الأمر الذي يحتاج إلى جهد ومثابرة واتصال مع مراكز البحث العلمي في مصر والعالم.

٩- معايير قياس جودة الرعاية الصحية

يؤيد المجلس القومي لحقوق الإنسان الاتجاه نحو الأخذ بمبادئ عالمية في تقييم الرعاية الصحية في المجتمع، تعتمد على المخرجات وليس المدخلات فبناء المستشفيات، وزيادة عدد الأسرة، واستيراد الأجهزة لا يعنى في ذاته ارتفاع مستوى الخدمة، ولا زيادة قدره المواطنين على الحصول عليها. والورقة تستدعى وضع معايير القياس، التي تقيم تقديم الخدمات الصحية على هذا الأساس وهي البرامج التي تأخذ بها الحكومة الآن وندعو إلي سرعة تنفيذها.

ويدعو المجلس القومي لحقوق الإنسان كجزء من إستراتيجية رفع جودة الرعاية الصحية، الاهتمام بتواجد الفرق الطبية في مؤسسات تقديم الخدمة والعمل على توطين افردها في أماكن عملهم، والتأكيد على أن يرتبط ذلك بحصولهم على فرص التدريب والتعليم المستمر، وكذلك ارتفاع دخولهم ومكافآتهم في حالة تميز أدائهم ضمن إطار تقيم الوزارة والمجتمع لهم.

١٠- استكمال البنية الأساسية لتقديم الرعاية الصحية في مستوياتها المختلفة

بالرغم من تأكيد المجلس على أهمية الالتزام بمعايير جودة الرعاية الصحية إلا أننا أيضاً ندعو لاستكمال البنية الأساسية من مراكز ومستشفيات في محافظات مصر المختلفة بعدالة في التوزيع الجغرافي، حيث أن الرؤية المستقبلية هي أن الحفاظ علي الاستثمارات الهائلة التي تمت خلال السنوات الماضية في مجال الرعاية الصحية يعتمد علي استكمالها وتوظيفها وإدارتها الإدارة الرشيدة وبالقدر الذي يعود بالفائدة علي المجتمع من هذا الاستثمار. ويجب أن يتم ذلك بالسرعة الواجبة وإلا فقدت الدولة جزء كبير من قيمة الاستثمار في استهلاك الأجهزة والمعدات واحتمال تقادمها بعدم الاستخدام في الوقت المناسب.

إن هناك العديد من المنشآت الطبية والمستشفيات التي لا تزيد نسبة الأشغال فيها عن ٤٠٪ وأخري استكملت ولم تبدأ العمل واستقبال المرضي لأسباب متعددة، ويدعو المجلس إلي

دراسة أسباب ذلك ومقارنة حجم الاستثمارات بالعائد الصحي علي المجتمع تمهيداً لترشيد الإنفاق والتخطيط الأفضل للمستقبل.

١١- المشاركة المجتمعية بين القطاع العام والخاص

إن العمود الفقري للخدمة الطبية في مصر يقع على عاتق المستشفيات العامة والجامعية والوحدات الصحية ومؤسسات التأمين الصحي الاجتماعي وما تقوم به الدولة من خدمات مكملة. وهى الجهات التي يدعو المجلس القومي لحقوق الإنسان لدعمها ورفع مستوى الأداء بها ليحظى المواطن بخدمات لرعاية صحية بمستوى عالي، وخاصة لغير القادرين منهم.

وحيث إن الدراسات الاقتصادية أوضحت أن حجم الإنفاق من المجتمع علي الرعاية الصحية يكاد يقارب حجم إنفاق الحكومة علي موازنة وزارة الصحة. وأن الكثير من المواطنين يلجأون، خاصة في خدمات العيادات الخارجية، إلي القطاع الخاص، فإن المسؤولية التي تقع علي هذا القطاع كبيرة، ويمهد ذلك للمشاركة بين الدولة وبين مقدمي الرعاية الصحية كلهم. إن المجلس القومي لحقوق الإنسان يشجع نمو القطاع الخاص في مجالات تقديم الرعاية الصحية، والتأمين الصحي وأنماطه الجديدة التي ظهرت في العالم، من خلال مشاركة فعالة ونظم متفق عليها.

إن تقديم الرعاية الصحية يجب أن يخضع لنفس نظم الاعتماد وضمان الجودة في كل القطاعات، وعلي القطاع الخاص أن يصدر التقارير والإحصاءات بالأنماط والمعايير التي تضعها الدولة للحصول علي نتائج أكثر دقة وشمولاً علي مستوى الدولة.

إننا ندعم المشاركة بين القطاع العام والخاص في مجال تقديم الخدمات الصحية وندعو المجتمع المتخصص للفكر والابتكار في سبل و كيفية هذه المشاركة بالشكل الذي يجعل تقديم الخدمات للمواطنين متكاملاً ويتيح لأفراد المجتمع القادرين المساهمة في علاج غير

القادرين بتكافل وتناغم يدعم نسيج المجتمع. ولعل دور الجمعيات الأهلية، والقطاعات غير الهادفة للربح، ومساهمة القطاع الخاص يكون حجراً هاماً ودعماً ينظر إليه بإيجاب وترحيب.

١٢- التأمين الصحي

أ. التوسع التدريجي لمظلة تأمين صحي:

يؤكد المجلس القومي لحقوق الإنسان أهمية تغطيه كل مواطن علي أرض مصر تدريجيا بمظلة تأمين صحي ويتطلب ذلك النظر في نظام التأمين الصحي الاجتماعي الحالي، وتعديله وتطويره حتى يمكن التوسع فيه بموضوعية واستمرارية، والعمل على دفع القطاع الخاص والقطاع غير الهادف للربح في المشاركة في تقديم خدمات التأمين الصحي للمواطنين حتى يكون أمامهم فرصه للاختيار بناءاً على محتوى البرامج التأمينية المقدمة لهم. وقد يكون هذا النظام المخرج الحقيقي، والطريق القويم للارتفاع بمستوى خدمات الرعاية الصحية من خلال طرف ثالث قادر على تمويل الخدمة ومراقبة جودتها في إطار تنافس شريف بمراقبة الدولة لصالح المواطن.

ب. دعم الدولة ضمن إدارة اقتصادية فعالة:

ويري المجلس أهمية تلقي هيئة التأمين الصحي الاجتماعي دعم الدولة والمجتمع لتقديم تغطية تأمينية لحزمة من خدمات الرعاية الصحية المتفق علي حق المواطن في الحصول عليها، إلا أن إدارتها يجب أن تتم بالأسس وفقاً للقواعد الإدارية والاقتصادية التي تتيح لها الاستمرار في تقديم خدماتها لغير القادرين، علي أن يتم تعويض الفارق في قيمة الأقساط السنوية لغير القادرين من موارد الدولة. وفي جميع الأحوال فإن هذه المؤسسة يجب أن تخضع لإشراف الدولة المباشر، ولكن مع الأخذ في الاعتبار ضمان تمويل هذه المؤسسة وتفرغها للإدارة والمتابعة والإشراف علي مقدمي الخدمات

التي يتم شراؤها سواء من وزارة الصحة أو الجامعات أو القطاع الخاص أو الأهلي ومؤسسات الخدمات الطبية الأخرى. إن المجلس القومي –ضمانا لحقوق الإنسان المصري – يري أهمية توفر الاختيارات أمام المواطن سواء علي مستوي جهة التأمين أو مستوى مقدم الخدمة بالضوابط التي تضمن احتواء التكلفة وحصر المعلومات الطبية للمشتركين وهو الأمر الذي يعكس الاحترام الواجب للمواطنين، ويؤدي بالقطع إلي تنافس المؤسسات المختلفة لاجتذابه سواء كانت حكومية أم أهلية.

١٣- خدمات الرعاية الصحية الأولية

أ – أهمية التوجه نحو الرعاية الصحية الأولية

إن خدمات الرعاية الصحية الأولية تمثل أكثر من ٦٠ ٪ من احتياجات المواطنين – خصوصا من الطبقات الفقيرة وغير القادرة – وهى المساحة التي يتقدم إليها وتتوسع فيها المستوصفات الخيرية، وهى خدمات قليلة التكلفة، ولكنها عظيمة الأثر على المواطنين. ويدعو المجلس إلى توسع دور الدولة في تقديم هذه الخدمات أو تمويلها وتبنى مشاريع الرعاية الصحية الأولية بشكل فعال وبأولوية معلنة. أن الدراسات المقارنة تثبت أن في دول أكثر تقدماً من مصر في مجال الرعاية الصحية تخصص نسبة من موازنة الدولة الخاصة بخدمات الرعاية الأولية تصل إلي ٧٥٪ تقريباً من موازنة الرعاية الصحية مما يؤكد أولويتها وهو الأمر الذي ندعو لأن يكون من أولويتنا في تطوير الرعاية الصحية، وإن المشروع الرئيسي الذي يجب أن تتبناه الدولة في الخمس سنوات القادمة هو تعميم هذه الخدمة ضمن الرؤية الإستراتيجية للدولة مباشرة وبشكل غير مباشر من خلال تغطية تأمينية للمواطنين.

ب – رعاية الأم والطفل مدخل أساسي لصحة المجتمع:

إن رعاية صحة الأم جزء هام وحيوي الأثر في مجال الرعاية الأولية لذلك فإن المجلس يؤكد أهمية يدعم اتجاه الوزارة في التوسع في رعاية الأم الحامل والوليد، وتوفير هذه الرعاية بجودة عالية لتصل إلي كل مكان وكل مجتمع سكاني في مصر.

٥- التوسع في الوقاية ونشر الوعي الصحي

إن رؤية المجلس في التوسع في نشر الوعي الصحي وخصوصاً في قطاع الشباب، وإدراج ذلك ضمن مناهج التعليم، وضمن خطط الإعلام، وتدريب وتأهيل مقدمي هذه الخدمات الوقائية، تتسع داخل حزمة خدمات الرعاية التي يجب أن يشملها التأمين الصحي وقطاع خدمات الرعاية الأولية لأهميتها وأثرها الصحي والاقتصادي في تكلفة العلاج في المستقبل للمواطنين.

٦- حقوق الأفراد المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة

إن رؤية المجلس القومي لحقوق الإنسان تضع الأفراد المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصة في مقدمة اهتماماتها، ولابد لأي رعاية صحية متكاملة للمجتمع أن تكون متضمنة حقوقهم في تيسير الوصول إلي مقدمي خدمات الرعاية الصحية، واستعداد المراكز والعيادات والمستشفيات لاستقبالهم إنشائياَ وإدارياَ، وحقوقهم في الحصول علي الخدمات المتخصصة لكل نوع إعاقة بنفس الجودة والاهتمام الذي يعطيه النظام الصحي للمجتمع.

إن علي وزارة الصحة والمجتمع دور هام في وضع الأسس والركائز الخاصة بتقديم الرعاية الصحية لهذا القطاع من المجتمع ليس فقط من خلال القوانين الملزمة ولكن بنشر ثقافة عامة حول هذه الحقوق ووضعها في برنامج عمل أي حكومة ناجحة.

رؤية للسياسة الدوائية في مصر

الدكتور/ حسام بدراوي

الرؤية والأهداف

إننا نؤكد على أهمية تدعيم الصناعة الوطنية وجذب الاستثمارات لصناعة الدواء، والاهتمام بصناعة بعض الخامات الأساسية للأدوية والتأكد من توافرها في الأسواق والعمل على تنمية صادراتنا من الأدوية وتطوير البحث العلمي وتشجيع الابتكار في صناعة الدواء . كذلك توفير الأدوية الأساسية حسب قوائم منظمة الصحة العالمية، وتوفير الأدوية للأمراض ذات الانتشار في المجتمع مثل السكر وضغط الدم بأسعار مناسبة.

ومن ثم، تركز هذه الورقة على سياسات متدرجة زمنياً لتحقيق الاستقرار لسوق الدواء في مصر وتنمية وإيجاد التوازن بين تطوير صناعة الدواء وجذب الاستثمارات ومتطلبات الرعاية الصحية لغير القادرين.

الوضع الراهن

يعتبر الدواء سلعة إستراتيجية لها الأهمية الكبرى لكل أفراد الشعب؛ حيث إنها سلعة لا يمكن الاستغناء عنها؛ تمس صحة الإنسان. الأمر الذي يؤكد أهمية تطوير صناعة الدواء الوطنية، لتتوافق مع معايير الجودة العالمية، مع توفيرها بأسعار مناسبة.

وتمثل صناعة الدواء أحد أهم الأنشطة في البنيان الاقتصادي المصري وذلك بما تضمه من كيانات إنتاجية واستثمارات متزايدة وما توفره من منتج حيوي يدرأ المرض ويحمى الإنسان.

تبلغ قيمة الإنتاج الدوائي المحلى ٥,٥ مليار جنيه. ولا تزيد نسبـة تصدير الدواء عن ٨٪ بقيمـة إجمالية ٤٤٠ مليون جنيه لكافة الدول العربية والعديد من الدول الأفريقية والآسيوية وشرق أوروبا. وذلك نظراً لاستهلاك الجزء الأكبر من الإنتاج محلياً.

وتغطى الصناعات الدوائية بمصر ٩٤٪ من استهلاك الدواء بالاعتماد على مشاركات قطاع الأعمال العام والخاص والمشترك. ويبلغ عدد مصانع الأدوية الإنتاجية ٦٢ مصنعاً، يمتلك القطـاع الخـاص منها ٤٧ مصنـع. وتقوم الشركة القابضة للمستحضرات الحيوية واللقاحات من خلال الأربع شركات التابعة لها بإنتاج الأمصال والطعوم والمستحضرات الحيوية والبيطرية ومشتقات الدم.

وتتقارب نسب الإنتاج المحلى للأدوية التي تتم من خلال عقود تصنيع مع شركات أجنبية (٣٥٪) والإنتاج المحلى المشترك مع الشركات الأم الأجنبية (٣٠٪) مقارنة بالإنتاج المحلى الذي يتم بدون تعاقدات، حيث تبلغ نسبته ٣٥٪.

وتعتمد صناعة الدواء على المواد الخام المستوردة، حيث لا تتعدى نسبة المواد الخام المصنعة محلياً نسبة ٢٠٪.

وتبلغ نسبة الأدوية التي تبُاع للجمهور بسعر أقل من ٥ جنيه تُقدر بـ ٣٢٪، والتي تُباع بسعر من ٥ – ١٠ جنيه تبلغ ٢٢٪، والتي تباع بسعر من ١٠ – ٢٠ جنيه تبلغ ٢٠٪.

وتركز الاستراتيجيات الحالية للصناعة الدوائية الوطنية بالأساس على :

١- تطبيق نظام متسلسل وفعّال لتسجيل المستحضرات الدوائية والترخيص للمصانع المنتجة والمخازن والموزعين والوكلاء.

٢- تعزيز التفتيش الصيدلي بتعيين مفتشين مدربين ومن ذوى الخبرة من الصيادلة للعمل في التفتيش على مصانع الأدوية للتأكد من مطابقتها للمواصفات القياسية للإنتاج.

٣- إقامة نظام لتقييم ورصد الآثار الجانبية للأدوية وآليات متابعتها واتخاذ القرارات والتعاون في هذا الشأن مع البلاد المتقدمة والمنظمات الدولية المعنية.

٤- وضع اللوائح بالنسبة للاستثمارات الأجنبية في مجال صناعة الدواء التي تكفل الفائدة المثلى ونقل التكنولوجيا ومنع الاحتكار.

٥- تنمية القدرة الوطنية في مجال البحوث والتطوير والتكنولوجيات الحديثة ، مع التأكيد على استغلال الموارد الوطنية المتاحة التي يمكن استخدامها لإنتاج أدوية ذات أصل نباتي وحيواني ومعدني .

٦- تشجيع ودعم الصناعة الوطنية لإنتاج المستحضرات الدوائية والمواد الخام ومواد التعبئة واللقاحات والمستحضرات الحيوية ووضع برامج لتطوير وتحديث خطوط الإنتاج.

٧- تفعيل نظم الرقابة الحكومية على الأدوية، فيما يتعلق بالتسجيل والإنتاج ورقابة الجودة والتسعير والتوزيع والصرف ...الخ.

٨- تحديث التشريعات واللوائح الدوائية لتتلاءم مع المتغيرات الحديثة الحاكمة في مجال الصناعة الدوائية، بالنسبة للتسجيل والترخيص والتفتيش والتسعير والاستيراد والتصدير.

٩- في حالة استيراد المستحضرات غير تامة التصنيع تشجع الدولة الشركات المحلية على إنتاج هذه المستحضرات محلياً بترخيص من الشركة الأم.

١٠- يتم استيراد المواد الأولية من مصادر متعددة لضمان الحصول عليها وفق المواصفات المطلوبة والمحددة سلفاً وبأرخص الأسعار الممكنة.

١١- يتم التسعير طبقا لقواعد محددة توضع بمعرفة مجموعة من الخبراء والمتخصصين في مجال الصيدلة والاقتصاد والتكاليف، ويكون توجيهها وفقا لظروف السوق المصري مع الاسترشاد بالأسعار في الأسواق العالمية.

١٢- تثبيت السعر لمدة سنتين على الأقل ما لم تطرأ ظروف استثنائية تؤدى إلى زيادة التكاليف.

١٣.تشجيع جميع المصنعين على تصدير منتجاتهم الدوائية، من خلال :

- إعطاء حوافز للشركات ذات الأنشطة التسويقية والتصديرية الناجحة.
- أن تكون المستحضرات قادرة على المنافسة من حيث الجودة والسعر.
- تسريع إجراءات التسجيل .

وعلى الرغم من الجهود والإنجازات الحكومية في مجال الصناعة الدوائية ، إلا أنّ هذه الصناعة تواجه عديداً من التحديات .

التحديات التي تواجه صناعة الدواء

وتتركز هذه التحديات فيما يلي:

- اختلال اقتصاديات الدواء خللا جسيما.
- تطبيق اتفاقية حقوق الملكية الفكرية.
- ارتفاع مستويات جودة المستحضرات الصيدلية عالمياً ارتفاعاً مذهلاً مما يتطلب تكلفة عالية في مجالات تطوير خطوط الإنتاج، ونظم الرقابة، ومواصفات التصنيع الدوائي.

- ارتفاع سعر صرف الدولار الأمريكي بشكل مباشر على أسعار الواردات من الخامات ومستلزمات الإنتاج ، وبالتالي تكلفة المنتج النهائي، بالإضافة لوجود ارتفاعات مستمرة في عناصر التكلفة ،مما شكل أعباء إضافية على الشركات المنتجة ، خاصة وأنّ تحريك أسعار بعض المستحضرات لم يتماشى مع هذه الزيادة في التكلفة.

- ضعف البحث العلمي: تهتم جميع الشركات العالمية دون استثناء بعملية الابتكار والتطوير وترصد لذلك ١٥٪ - ٢٠٪ من ميزانياتها، على خلاف ما يحدث في مصر. فالإمكانات البحثية للابتكار والتطوير إما ضعيفة في بعض الشركات أو منعدمة في البعض الآخر .

- تعرض قطاع الدواء في مصر أحياناً لمنافسة على المستويين المحلى والإقليمي:

١- على المستوى المحلى هناك منافسة كبيرة لمصلحة المواطن بين شركات القطاع العام والخاص والاستثماري ويرجع ذلك إلى تكرار المستحضرات التي تنتجها الشركات المختلفة، وتشابه خطط الإنتاج في كل منها. وإذا كانت المنافسة مطلوبة لصالح المريض، إلا أنها في الحقيقة غير متوازنة أو غير متكافئة نظراً لاختلاف أوضاع الشركات وطبيعة إدارتها وكذلك في المزايا التي تتمتع بها بعض الشركات من إعفاءات وإمكانيات لا تتوافر لغيرها .

٢- المنافسة على المستوى الإقليمي . فعلى الرغم من أنّ الصناعة الدوائية في مصر هي الرائدة وهى الأرسخ قدما ، إلا أنها تواجه منافسات من صناعات دوائية صاعدة في عدد كبير من الدول العربية ، تؤثر على حجم الصادرات المصرية من الأدوية لهذه الدول. كما أنّه توجد بعض المشاكل في تسجيل الأدوية المصرية في بعض الدول العربية.

ويمكن تفصيل المشاكل التي تواجه صناعة الدواء على النحو التالي:

أ – المشاكل الإنتاجية:

وتتمثل فيما يلي :–

عدم وجود بنية أساسية لتغذية صناعة الدواء في مصر، والتي تتمثل في مراكز البحوث والتطوير الصيدلي والتي تعتبر الأساس في الحصول على منتجات دوائية مصرية جديدة.

عدم وجود صناعة خامات دوائية قوية قادرة على سد احتياجات الصناعة منها حيث لا تتعد الخامات المنتجة محلياً نسبة ٢٠٪ من اجمالي الخامات اللازمة للصناعة الدوائية.

ب – المشاكل التسعيرية والإجرائية:

تعانى هذه الصناعة من ارتفاع الرسوم الجمركية على أغلب مستلزمات الإنتاج مثل المواد الخام ومواد التعبئة والتي تؤدى بدورها إلى ارتفاع الأسعار ، كما يلي :

١– الكيماويات الدوائية: تخضع للتعريفة الجمركية ١٠٪ فيما عدا الكيماويات الدوائية التي يصدر لها قرار من وزير المالية بإخضاعها لفئة ٥٪ بناء على موافقة وزارة الصحة.

٢– مستلزمات الإنتاج الدوائي والمستلزمات الصيدلانية: وهى الخامات اللازمة لتعبئة وتغليف المستحضرات الدوائية ويُفرض عليها رسوماً ٣٠٪ ، إلى جانب ضريبة مبيعات ١٠٪ . ويضاف إلى كل ذلك رسوم متنوعة ٣٪ + ١٪ من إجمالي القيمة الفعلية.

٣– السماح المؤقت والدروباك: هناك صعوبة كبيرة في التعامل من خلال نظامي السماح المؤقت والدروباك، وخاصة فيما يتعلق بالضوابط والشروط التي تحدد نسبة العادم والتالف خلال عملية التصنيع. بالإضافة إلى مطالبة مصلحة الجمارك بتقديم تأمين نقدي بقيمة الضرائب والرسوم المستحقة، أو تقديم ضمان مصرفي يُعادل هذه

الاستحقاقات، أو تقديم وثيقة تأمين . ومن ثم تعانى شركات الدواء من تجميد جزء كبير من أموالها بما يقلل من مقدرتها على الإنتاج.

ج – المشاكل التصديرية والتسويقية:

إن عدم وجود سياسات تسويقية واضحة للتصدير وعدم وجود إدارات لأبحاث التسويق الدولي على مستوى الدولة أو في أغلب الشركات المنتجة والمصدرة للدواء المصري يؤدى إلى:

- مشاكل تسجيل الدواء في الأسواق الخارجية حيث تستلزم عمليات التسجيل وقت طويل إلى جانب أن هذه العملية تعتبر مكلفة للشركات.
- قصور النظام الإعلامي الجيد عن المنتجات الدوائية الطبية والمستلزمات في الأسواق الخارجية.
- عدم اهتمام بعض الشركات الدوائية المصرية بإقامة مكاتب علمية وتشغيل مندوبين دائمين عن الشركات الدوائية المصرية.
- نقص قدرة الشركات المصرية المنتجة للأدوية على التعامل أو التوافق مع آليات الاشتراك في المناقصات الدولية التي تطرحها الدول المختلفة لعدم وجود وكيل معتمد في الدول الخارجية المستهدفة أحياناً ، أو لارتفاع السعر نسبياً عند الدخول في منافسات قاتلة مع بعض الشركات العالمية أو مع بعض دول العالم الثالث الآسيوية التي لا تضع الجودة في اعتبارها، أو في بعض الأحيان لصعوبة وتعقيدات إجراءات الاشتراك في هذه المناقصات العامة الدولية من النواحي الإدارية والقانونية .

د - مشاكل النقل:

تعد مشاكل النقل من المشاكل الهامة في تصدير الدواء تتمثل هذه المشكلة في:-

- عدم توافر فراغات كافية على طائرات مصر للطيران وارتفاع أسعار الشحن على طائرات الركاب بالنسبة لأسواق الدواء المصري.
- عدم وجود خطوط ملاحية منتظمة لهذه الأسواق.
- أن السفن المصرية غير مجهزة لنقل المنتجات الدوائية.
- أسطول الشاحنات المصرية يعانى من ارتفاع التكلفة للنقل إلى الدول العربية المجاورة وكذلك ارتفاع أسعاره.
- تعرض بعض الشحنات للتلف حال تصديرها على الشاحنات المصرية؛ لأن السيارات غير مجهزة بالمواصفات الخاصة لنقل الأدوية.
- عدم وجود آلية للتأمين على الصادرات ضد المخاطر في بعض الأسواق الأفريقية ودول شرق أوروبا، هذا بالإضافة إلى ارتفاع سعر وثائق الضمان.
- تواجه شركات الأدوية في بعض الأحيان مشكلة اختيار الوكيل الأمثل في الأسواق الخارجية ؛ حيث أن الاختيار غير المناسب للوكيل يسبب العديد من المشاكل التسويقية.

السياسات المقترحة:

إننا نقترح بعض السياسات لمواجهة التحديات التي تواجه صناعة الأدوية، كما يلي:

أ – السياسات قصيرة الأجل :

تعتمد أساساً على:

١– أن تقوم الحكومة بالتعاون مع الجهات المعنية وشركات الأدوية بالاتفاق على آليات عادلة ومرنة للتسعير تضع في الاعتبار تغير سعر الصرف ونسبة التضخم وتقديرات التكلفة واقتصاديات الدواء الأخرى.

٢– أنْ تتحمل الدولة الفارق بين السعر الاجتماعي لتوفير الأدوية الأساسية لغير القادرين والسعر الاقتصادي العادل.

٣– التفرقة بين الأدوية الأساسية طبقاً لقائمة منظمة الصحة العالمية والأدوية غير الأساسية في سياسة التسعير.

٤– زيادة الثقافة العلاجية والوعي الصحي حتى يتم ترشيد الاستهلاك من الأدوية .

٥– زيادة نسبة المنتفعين بالتأمين الصحي، سواء الاجتماعي أم الخاص، حتى يتحمل طرف ثالث تكلفة الدواء من خلال نظم تكاملية.

ب – السياسات متوسطة الأجل :

تعتمد الحلول والإجراءات متوسطة الأجل على ما يمكن تنفيذه وتظهر نتائجه في فترة ما بين سنة وثلاث سنوات . ومن تلك السياسات :

١– التحليل الاقتصادي لشركات قطاع الأعمال العاملة في مجال صناعة الدواء ، والتوجه نحو دمجها أو دخولها في تحالفات إستراتيجية لزيادة قدراتها الاقتصادية وطرح الأفكار حول مستقبلها.

٢- إلغاء أو خفض الرسوم الجمركية على مستلزمات صناعة الدواء.

٣- توحيد أسس وقواعد التعامل الحكومي مع مصانع الدواء من القطاع العام والخاص والمشترك، في مجال الإعفاءات الجمركية أو الضريبية.

٤- التأكيد على شفافية نظام تسجيل الأدوية والمستحضرات وإعلانه حتى يتم تشجيع شركات الأدوية على تسجيل منتجاتها في مصر.

٥- تطوير سياسة وأسلوب تسجيل الدواء، وإعادة هيكلة الجهات الرقابية المختصة بالتسجيل وتسعير الأدوية ، وتنفيذ عدد من البرامج التدريبية حتى يتم التعرف على الأساليب المتبعة في البلاد الأخرى وعلى متطلبات تشجيع الاستثمار في هذا المجال.

٦- تأسيس قاعدة بيانات لجميع المعلومات الخاصة بالأدوية المسجلة في مصر، وما يتم تصنيعه وما يتم استيراده بالإضافة إلى حجم الاستهلاك والطاقة الإنتاجية والتسعير. هذه القاعدة سيكون لها دور هام في اجتذاب المستثمرين وزيادة المنافسة في السوق مما ينتج عنه حتماً الحصول على أحسن الأسعار دون الحاجة إلى التدخل المباشر.

٧- دراسة إصدار قانون ينظم التكافؤ الحيوي. وهو النظام المتبع لدراسة ناتج وفاعليات الأدوية Bio Equivalence.

٨- تنظيم التجارب الإكلينيكية في مصر.

٩- تفعيل اتفاقيات التجارة الإقليمية حتى يتسنى أن يُقبل التسجيل في مصر في بلاد المنطقة .

ج – السياسات طويلة الأجل :

١- تشجيع الأبحاث والدراسات والتطوير (R&D) حتى يتسنى لنا بدء صناعة دواء تشمل تسجيل أدوية جديدة.

٢- التركيز في المرحلة الأولى على الأبحاث الخاصة بتصنيع الأدوية الـ Generic .

٣- تكثيف الجهود الخاصة بالطب الوقائي.

٤- وضع سياسة قومية للتكنولوجيا الحيوية في مصر، تتضمن:

أ. إنشاء مؤسسة علمية مصرية مركزية للتكنولوجيا الحيوية والهندسة الوراثية تجمع شمل الجزر المنفصلة التي تعمل في هذه التقنية لكي يتكامل العمل المطلوب .

ب. تصنيع هذه المنتجات المعملية بالكفاءة والجودة المطابقة للمواصفات العالمية ومراعاة ضوابط واشتراطات الأمان الحيوي وضرورة وضع ضوابط واشتراطات مصرية تضمن عدم استيراد أو تسرب أو إنتاج أو تصنيع منتجات معملية لا تفي باشتراطات الأمان الحيوي أو مواصفات الكفاءة والجودة المتفق عليها عالمياً.

ج. دعم وتطوير المعامل الموجودة حالياً وإنشاء المعامل اللازمة لهذه التقنيات الجديدة حتى تكون نتائج بحوثها قابلة للتطبيق والتصنيع والتسويق مطابقاً لمواصفات الأسواق العالمية بما يحقق لها ميزات تنافسية ذات جودة تجارية.

د. الاستفادة من جميع الخبرات المصرية المتخصصة في هذا المجال محلياً وعالمياً لتطوير تلك التقنية، بدلاً من الاعتماد على استيراد التكنولوجيا الجاهزة من البلاد الأخرى أو قصر الاستفادة على علماء هذه التقنية من غير المصريين.

متطلبات النجاح لجذب الاستثمار في صناعة الدواء

١ - الالتزام بتنفيذ القرار الوزاري رقم ٣١٣ لسنة ١٩٩١ والقرار الوزاري اللاحق ٣١٤ لسنة ١٩٩١ بشأن تسعير المستحضرات الصيدلية وإعادة تسعيرها .

٢ - إعادة إصدار النشرات الخاصة بتسعير الأدوية وتعميمها على كافة الجهات المعنية بذلك.

٣ - تحقيق المساواة بين جميع شركات الأدوية عند تطبيق الإعفاءات الجمركية والضريبية.

٤ - التطبيق العملي لقانون مزاولة مهنة الصيدلة بشأن الالتزام بصرف الأدوية بموجب وصفة طبية وذلك فيما عدا الأدوية التي يمكن صرفها من قبل الصيدلي بدون وصفة طبية طبقاً للقوائم المعدة لذلك وتطبيق المعايير اللازمة.

٥ - تبسيط الإجراءات الإدارية والفنية لتنشيط تصدير الأدوية المصرية.

٦ - تحقيق الجودة العالية للمنتج الدوائي المصري، من خلال :

أ. ضرورة إعادة التوازن إلى اقتصاديات الدواء في مصر.

ب. ضرورة إنشاء مراكز أبحاث وتطوير للصناعات الدوائية.

ج. الاهتمام بتدريب الكوادر الوطنية في مجال البحوث الصيدلية والتطبيقية.

د. تطوير نظم وأساليب الإنتاج في بعض شركات الدواء الوطنية لرفع كفاءة وجودة إنتاجية هذه الشركات، مع تشجيع الاندماج أو التعاون المشترك بين هذه الشركات حتى تتمكن من الاستمرار في مواجهة المنافسة العالمية.

هـ. ضرورة توجيه الاستثمارات الجديدة في مجال الصناعات الدوائية في مصر إلى مجال صناعة الخامات الأولية وصناعة المستحضرات الجديدة التي تتطلب تكنولوجيا عالية.


BIBLIOTHECA ALEXANDRINA
مكتبة الإسكندرية